

APR 28 1924

Medical Lib

VI<sup>e</sup> Série. — Tome V.

N<sup>o</sup> 3. — MARS 1924.

**ANNALES**  
DE  
**DERMATOLOGIE**  
ET DE  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON.

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).

W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).

J. NICOLAS (Lyon). — PAUTRIER (Strasbourg).

R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).

et P. RAVANT (Paris).

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Médecin à  
17, rue Balbo, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.93).

Prix de l'abonnement pour 1924 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du  
Bulletin de la Société de Dermatologie

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier.

## SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

Antiprurigineuse, Rafraichissante

## SAPO-CADE

Huile de Cade vraie,

Sapolan, Ichtyol.

Antisborrélique.

Antiquamenteux.

NOIR  
ou  
BLANC

SAVON

POUDRE :

Absorbante,  
rafraichissante.

## LAIT de SAPOLAN

Antiphrigistique, calmant, adoucissant

## PÂTES de SAPOLAN

Porosées, protectrices, antiprurigineuses.

ÉCHANTILLONS, Gros : R. CAVAILLES

24, rue de Turin, PARIS. Tél. Louvre 19-03

Détail : R. rue du 4-Septembre, et Pharmacies.

Reçu au Commerce : Paris 44.44

## EPILEPSIE

Nouveau Traitement absolument inefficace par le  
Tartrate Borico-Potassique soluble et ch<sup>er</sup> par  
le L. PACHAUT

Tubede 1 gr., 5 gr., 10 gr., 25 gr., 50 gr., 100 gr. — DOSE MOYENNE : De 24 à 36 gr. par jour. — Pour les enfants : 12 gr. à 18 gr. ; de 1 an à 2 ans : 6 gr. ; de 2 à 4 ans : 12 gr. ; de 4 à 6 ans : 18 gr. ; de 6 à 12 ans : 24 gr. ; de 12 à 18 ans : 36 gr. ; de 18 à 25 ans : 48 gr. ; de 25 à 35 ans : 60 gr. ; de 35 à 45 ans : 72 gr. ; de 45 à 55 ans : 84 gr. ; de 55 à 65 ans : 96 gr. ; de 65 à 75 ans : 108 gr. ; de 75 à 85 ans : 120 gr. ; de 85 à 95 ans : 132 gr. ; de 95 à 105 ans : 144 gr. ; de 105 à 115 ans : 156 gr. ; de 115 à 125 ans : 168 gr. ; de 125 à 135 ans : 180 gr. ; de 135 à 145 ans : 192 gr. ; de 145 à 155 ans : 204 gr. ; de 155 à 165 ans : 216 gr. ; de 165 à 175 ans : 228 gr. ; de 175 à 185 ans : 240 gr. ; de 185 à 195 ans : 252 gr. ; de 195 à 205 ans : 264 gr. ; de 205 à 215 ans : 276 gr. ; de 215 à 225 ans : 288 gr. ; de 225 à 235 ans : 300 gr. ; de 235 à 245 ans : 312 gr. ; de 245 à 255 ans : 324 gr. ; de 255 à 265 ans : 336 gr. ; de 265 à 275 ans : 348 gr. ; de 275 à 285 ans : 360 gr. ; de 285 à 295 ans : 372 gr. ; de 295 à 305 ans : 384 gr. ; de 305 à 315 ans : 396 gr. ; de 315 à 325 ans : 408 gr. ; de 325 à 335 ans : 420 gr. ; de 335 à 345 ans : 432 gr. ; de 345 à 355 ans : 444 gr. ; de 355 à 365 ans : 456 gr. ; de 365 à 375 ans : 468 gr. ; de 375 à 385 ans : 480 gr. ; de 385 à 395 ans : 492 gr. ; de 395 à 405 ans : 504 gr. ; de 405 à 415 ans : 516 gr. ; de 415 à 425 ans : 528 gr. ; de 425 à 435 ans : 540 gr. ; de 435 à 445 ans : 552 gr. ; de 445 à 455 ans : 564 gr. ; de 455 à 465 ans : 576 gr. ; de 465 à 475 ans : 588 gr. ; de 475 à 485 ans : 600 gr. ; de 485 à 495 ans : 612 gr. ; de 495 à 505 ans : 624 gr. ; de 505 à 515 ans : 636 gr. ; de 515 à 525 ans : 648 gr. ; de 525 à 535 ans : 660 gr. ; de 535 à 545 ans : 672 gr. ; de 545 à 555 ans : 684 gr. ; de 555 à 565 ans : 696 gr. ; de 565 à 575 ans : 708 gr. ; de 575 à 585 ans : 720 gr. ; de 585 à 595 ans : 732 gr. ; de 595 à 605 ans : 744 gr. ; de 605 à 615 ans : 756 gr. ; de 615 à 625 ans : 768 gr. ; de 625 à 635 ans : 780 gr. ; de 635 à 645 ans : 792 gr. ; de 645 à 655 ans : 804 gr. ; de 655 à 665 ans : 816 gr. ; de 665 à 675 ans : 828 gr. ; de 675 à 685 ans : 840 gr. ; de 685 à 695 ans : 852 gr. ; de 695 à 705 ans : 864 gr. ; de 705 à 715 ans : 876 gr. ; de 715 à 725 ans : 888 gr. ; de 725 à 735 ans : 900 gr. ; de 735 à 745 ans : 912 gr. ; de 745 à 755 ans : 924 gr. ; de 755 à 765 ans : 936 gr. ; de 765 à 775 ans : 948 gr. ; de 775 à 785 ans : 960 gr. ; de 785 à 795 ans : 972 gr. ; de 795 à 805 ans : 984 gr. ; de 805 à 815 ans : 996 gr. ; de 815 à 825 ans : 1008 gr. ; de 825 à 835 ans : 1020 gr. ; de 835 à 845 ans : 1032 gr. ; de 845 à 855 ans : 1044 gr. ; de 855 à 865 ans : 1056 gr. ; de 865 à 875 ans : 1068 gr. ; de 875 à 885 ans : 1080 gr. ; de 885 à 895 ans : 1092 gr. ; de 895 à 905 ans : 1104 gr. ; de 905 à 915 ans : 1116 gr. ; de 915 à 925 ans : 1128 gr. ; de 925 à 935 ans : 1140 gr. ; de 935 à 945 ans : 1152 gr. ; de 945 à 955 ans : 1164 gr. ; de 955 à 965 ans : 1176 gr. ; de 965 à 975 ans : 1188 gr. ; de 975 à 985 ans : 1200 gr. ; de 985 à 995 ans : 1212 gr. ; de 995 à 1005 ans : 1224 gr. ; de 1005 à 1015 ans : 1236 gr. ; de 1015 à 1025 ans : 1248 gr. ; de 1025 à 1035 ans : 1260 gr. ; de 1035 à 1045 ans : 1272 gr. ; de 1045 à 1055 ans : 1284 gr. ; de 1055 à 1065 ans : 1296 gr. ; de 1065 à 1075 ans : 1308 gr. ; de 1075 à 1085 ans : 1320 gr. ; de 1085 à 1095 ans : 1332 gr. ; de 1095 à 1105 ans : 1344 gr. ; de 1105 à 1115 ans : 1356 gr. ; de 1115 à 1125 ans : 1368 gr. ; de 1125 à 1135 ans : 1380 gr. ; de 1135 à 1145 ans : 1392 gr. ; de 1145 à 1155 ans : 1404 gr. ; de 1155 à 1165 ans : 1416 gr. ; de 1165 à 1175 ans : 1428 gr. ; de 1175 à 1185 ans : 1440 gr. ; de 1185 à 1195 ans : 1452 gr. ; de 1195 à 1205 ans : 1464 gr. ; de 1205 à 1215 ans : 1476 gr. ; de 1215 à 1225 ans : 1488 gr. ; de 1225 à 1235 ans : 1500 gr. ; de 1235 à 1245 ans : 1512 gr. ; de 1245 à 1255 ans : 1524 gr. ; de 1255 à 1265 ans : 1536 gr. ; de 1265 à 1275 ans : 1548 gr. ; de 1275 à 1285 ans : 1560 gr. ; de 1285 à 1295 ans : 1572 gr. ; de 1295 à 1305 ans : 1584 gr. ; de 1305 à 1315 ans : 1596 gr. ; de 1315 à 1325 ans : 1608 gr. ; de 1325 à 1335 ans : 1620 gr. ; de 1335 à 1345 ans : 1632 gr. ; de 1345 à 1355 ans : 1644 gr. ; de 1355 à 1365 ans : 1656 gr. ; de 1365 à 1375 ans : 1668 gr. ; de 1375 à 1385 ans : 1680 gr. ; de 1385 à 1395 ans : 1692 gr. ; de 1395 à 1405 ans : 1704 gr. ; de 1405 à 1415 ans : 1716 gr. ; de 1415 à 1425 ans : 1728 gr. ; de 1425 à 1435 ans : 1740 gr. ; de 1435 à 1445 ans : 1752 gr. ; de 1445 à 1455 ans : 1764 gr. ; de 1455 à 1465 ans : 1776 gr. ; de 1465 à 1475 ans : 1788 gr. ; de 1475 à 1485 ans : 1800 gr. ; de 1485 à 1495 ans : 1812 gr. ; de 1495 à 1505 ans : 1824 gr. ; de 1505 à 1515 ans : 1836 gr. ; de 1515 à 1525 ans : 1848 gr. ; de 1525 à 1535 ans : 1860 gr. ; de 1535 à 1545 ans : 1872 gr. ; de 1545 à 1555 ans : 1884 gr. ; de 1555 à 1565 ans : 1896 gr. ; de 1565 à 1575 ans : 1908 gr. ; de 1575 à 1585 ans : 1920 gr. ; de 1585 à 1595 ans : 1932 gr. ; de 1595 à 1605 ans : 1944 gr. ; de 1605 à 1615 ans : 1956 gr. ; de 1615 à 1625 ans : 1968 gr. ; de 1625 à 1635 ans : 1980 gr. ; de 1635 à 1645 ans : 1992 gr. ; de 1645 à 1655 ans : 2004 gr. ; de 1655 à 1665 ans : 2016 gr. ; de 1665 à 1675 ans : 2028 gr. ; de 1675 à 1685 ans : 2040 gr. ; de 1685 à 1695 ans : 2052 gr. ; de 1695 à 1705 ans : 2064 gr. ; de 1705 à 1715 ans : 2076 gr. ; de 1715 à 1725 ans : 2088 gr. ; de 1725 à 1735 ans : 2100 gr. ; de 1735 à 1745 ans : 2112 gr. ; de 1745 à 1755 ans : 2124 gr. ; de 1755 à 1765 ans : 2136 gr. ; de 1765 à 1775 ans : 2148 gr. ; de 1775 à 1785 ans : 2160 gr. ; de 1785 à 1795 ans : 2172 gr. ; de 1795 à 1805 ans : 2184 gr. ; de 1805 à 1815 ans : 2196 gr. ; de 1815 à 1825 ans : 2208 gr. ; de 1825 à 1835 ans : 2220 gr. ; de 1835 à 1845 ans : 2232 gr. ; de 1845 à 1855 ans : 2244 gr. ; de 1855 à 1865 ans : 2256 gr. ; de 1865 à 1875 ans : 2268 gr. ; de 1875 à 1885 ans : 2280 gr. ; de 1885 à 1895 ans : 2292 gr. ; de 1895 à 1905 ans : 2304 gr. ; de 1905 à 1915 ans : 2316 gr. ; de 1915 à 1925 ans : 2328 gr. ; de 1925 à 1935 ans : 2340 gr. ; de 1935 à 1945 ans : 2352 gr. ; de 1945 à 1955 ans : 2364 gr. ; de 1955 à 1965 ans : 2376 gr. ; de 1965 à 1975 ans : 2388 gr. ; de 1975 à 1985 ans : 2400 gr. ; de 1985 à 1995 ans : 2412 gr. ; de 1995 à 2005 ans : 2424 gr. ; de 2005 à 2015 ans : 2436 gr. ; de 2015 à 2025 ans : 2448 gr. ; de 2025 à 2035 ans : 2460 gr. ; de 2035 à 2045 ans : 2472 gr. ; de 2045 à 2055 ans : 2484 gr. ; de 2055 à 2065 ans : 2496 gr. ; de 2065 à 2075 ans : 2508 gr. ; de 2075 à 2085 ans : 2520 gr. ; de 2085 à 2095 ans : 2532 gr. ; de 2095 à 2105 ans : 2544 gr. ; de 2105 à 2115 ans : 2556 gr. ; de 2115 à 2125 ans : 2568 gr. ; de 2125 à 2135 ans : 2580 gr. ; de 2135 à 2145 ans : 2592 gr. ; de 2145 à 2155 ans : 2604 gr. ; de 2155 à 2165 ans : 2616 gr. ; de 2165 à 2175 ans : 2628 gr. ; de 2175 à 2185 ans : 2640 gr. ; de 2185 à 2195 ans : 2652 gr. ; de 2195 à 2205 ans : 2664 gr. ; de 2205 à 2215 ans : 2676 gr. ; de 2215 à 2225 ans : 2688 gr. ; de 2225 à 2235 ans : 2700 gr. ; de 2235 à 2245 ans : 2712 gr. ; de 2245 à 2255 ans : 2724 gr. ; de 2255 à 2265 ans : 2736 gr. ; de 2265 à 2275 ans : 2748 gr. ; de 2275 à 2285 ans : 2760 gr. ; de 2285 à 2295 ans : 2772 gr. ; de 2295 à 2305 ans : 2784 gr. ; de 2305 à 2315 ans : 2796 gr. ; de 2315 à 2325 ans : 2808 gr. ; de 2325 à 2335 ans : 2820 gr. ; de 2335 à 2345 ans : 2832 gr. ; de 2345 à 2355 ans : 2844 gr. ; de 2355 à 2365 ans : 2856 gr. ; de 2365 à 2375 ans : 2868 gr. ; de 2375 à 2385 ans : 2880 gr. ; de 2385 à 2395 ans : 2892 gr. ; de 2395 à 2405 ans : 2904 gr. ; de 2405 à 2415 ans : 2916 gr. ; de 2415 à 2425 ans : 2928 gr. ; de 2425 à 2435 ans : 2940 gr. ; de 2435 à 2445 ans : 2952 gr. ; de 2445 à 2455 ans : 2964 gr. ; de 2455 à 2465 ans : 2976 gr. ; de 2465 à 2475 ans : 2988 gr. ; de 2475 à 2485 ans : 3000 gr. ; de 2485 à 2495 ans : 3012 gr. ; de 2495 à 2505 ans : 3024 gr. ; de 2505 à 2515 ans : 3036 gr. ; de 2515 à 2525 ans : 3048 gr. ; de 2525 à 2535 ans : 3060 gr. ; de 2535 à 2545 ans : 3072 gr. ; de 2545 à 2555 ans : 3084 gr. ; de 2555 à 2565 ans : 3096 gr. ; de 2565 à 2575 ans : 3108 gr. ; de 2575 à 2585 ans : 3120 gr. ; de 2585 à 2595 ans : 3132 gr. ; de 2595 à 2605 ans : 3144 gr. ; de 2605 à 2615 ans : 3156 gr. ; de 2615 à 2625 ans : 3168 gr. ; de 2625 à 2635 ans : 3180 gr. ; de 2635 à 2645 ans : 3192 gr. ; de 2645 à 2655 ans : 3204 gr. ; de 2655 à 2665 ans : 3216 gr. ; de 2665 à 2675 ans : 3228 gr. ; de 2675 à 2685 ans : 3240 gr. ; de 2685 à 2695 ans : 3252 gr. ; de 2695 à 2705 ans : 3264 gr. ; de 2705 à 2715 ans : 3276 gr. ; de 2715 à 2725 ans : 3288 gr. ; de 2725 à 2735 ans : 3300 gr. ; de 2735 à 2745 ans : 3312 gr. ; de 2745 à 2755 ans : 3324 gr. ; de 2755 à 2765 ans : 3336 gr. ; de 2765 à 2775 ans : 3348 gr. ; de 2775 à 2785 ans : 3360 gr. ; de 2785 à 2795 ans : 3372 gr. ; de 2795 à 2805 ans : 3384 gr. ; de 2805 à 2815 ans : 3396 gr. ; de 2815 à 2825 ans : 3408 gr. ; de 2825 à 2835 ans : 3420 gr. ; de 2835 à 2845 ans : 3432 gr. ; de 2845 à 2855 ans : 3444 gr. ; de 2855 à 2865 ans : 3456 gr. ; de 2865 à 2875 ans : 3468 gr. ; de 2875 à 2885 ans : 3480 gr. ; de 2885 à 2895 ans : 3492 gr. ; de 2895 à 2905 ans : 3504 gr. ; de 2905 à 2915 ans : 3516 gr. ; de 2915 à 2925 ans : 3528 gr. ; de 2925 à 2935 ans : 3540 gr. ; de 2935 à 2945 ans : 3552 gr. ; de 2945 à 2955 ans : 3564 gr. ; de 2955 à 2965 ans : 3576 gr. ; de 2965 à 2975 ans : 3588 gr. ; de 2975 à 2985 ans : 3600 gr. ; de 2985 à 2995 ans : 3612 gr. ; de 2995 à 3005 ans : 3624 gr. ; de 3005 à 3015 ans : 3636 gr. ; de 3015 à 3025 ans : 3648 gr. ; de 3025 à 3035 ans : 3660 gr. ; de 3035 à 3045 ans : 3672 gr. ; de 3045 à 3055 ans : 3684 gr. ; de 3055 à 3065 ans : 3696 gr. ; de 3065 à 3075 ans : 3708 gr. ; de 3075 à 3085 ans : 3720 gr. ; de 3085 à 3095 ans : 3732 gr. ; de 3095 à 3105 ans : 3744 gr. ; de 3105 à 3115 ans : 3756 gr. ; de 3115 à 3125 ans : 3768 gr. ; de 3125 à 3135 ans : 3780 gr. ; de 3135 à 3145 ans : 3792 gr. ; de 3145 à 3155 ans : 3804 gr. ; de 3155 à 3165 ans : 3816 gr. ; de 3165 à 3175 ans : 3828 gr. ; de 3175 à 3185 ans : 3840 gr. ; de 3185 à 3195 ans : 3852 gr. ; de 3195 à 3205 ans : 3864 gr. ; de 3205 à 3215 ans : 3876 gr. ; de 3215 à 3225 ans : 3888 gr. ; de 3225 à 3235 ans : 3900 gr. ; de 3235 à 3245 ans : 3912 gr. ; de 3245 à 3255 ans : 3924 gr. ; de 3255 à 3265 ans : 3936 gr. ; de 3265 à 3275 ans : 3948 gr. ; de 3275 à 3285 ans : 3960 gr. ; de 3285 à 3295 ans : 3972 gr. ; de 3295 à 3305 ans : 3984 gr. ; de 3305 à 3315 ans : 3996 gr. ; de 3315 à 3325 ans : 4008 gr. ; de 3325 à 3335 ans : 4020 gr. ; de 3335 à 3345 ans : 4032 gr. ; de 3345 à 3355 ans : 4044 gr. ; de 3355 à 3365 ans : 4056 gr. ; de 3365 à 3375 ans : 4068 gr. ; de 3375 à 3385 ans : 4080 gr. ; de 3385 à 3395 ans : 4092 gr. ; de 3395 à 3405 ans : 4104 gr. ; de 3405 à 3415 ans : 4116 gr. ; de 3415 à 3425 ans : 4128 gr. ; de 3425 à 3435 ans : 4140 gr. ; de 3435 à 3445 ans : 4152 gr. ; de 3445 à 3455 ans : 4164 gr. ; de 3455 à 3465 ans : 4176 gr. ; de 3465 à 3475 ans : 4188 gr. ; de 3475 à 3485 ans : 4200 gr. ; de 3485 à 3495 ans : 4212 gr. ; de 3495 à 3505 ans : 4224 gr. ; de 3505 à 3515 ans : 4236 gr. ; de 3515 à 3525 ans : 4248 gr. ; de 3525 à 3535 ans : 4260 gr. ; de 3535 à 3545 ans : 4272 gr. ; de 3545 à 3555 ans : 4284 gr. ; de 3555 à 3565 ans : 4296 gr. ; de 3565 à 3575 ans : 4308 gr. ; de 3575 à 3585 ans : 4320 gr. ; de 3585 à 3595 ans : 4332 gr. ; de 3595 à 3605 ans : 4344 gr. ; de 3605 à 3615 ans : 4356 gr. ; de 3615 à 3625 ans : 4368 gr. ; de 3625 à 3635 ans : 4380 gr. ; de 3635 à 3645 ans : 4392 gr. ; de 3645 à 3655 ans : 4404 gr. ; de 3655 à 3665 ans : 4416 gr. ; de 3665 à 3675 ans : 4428 gr. ; de 3675 à 3685 ans : 4440 gr. ; de 3685 à 3695 ans : 4452 gr. ; de 3695 à 3705 ans : 4464 gr. ; de 3705 à 3715 ans : 4476 gr. ; de 3715 à 3725 ans : 4488 gr. ; de 3725 à 3735 ans : 4500 gr. ; de 3735 à 3745 ans : 4512 gr. ; de 3745 à 3755 ans : 4524 gr. ; de 3755 à 3765 ans : 4536 gr. ; de 3765 à 3775 ans : 4548 gr. ; de 3775 à 3785 ans : 4560 gr. ; de 3785 à 3795 ans : 4572 gr. ; de 3795 à 3805 ans : 4584 gr. ; de 3805 à 3815 ans : 4596 gr. ; de 3815 à 3825 ans : 4608 gr. ; de 3825 à 3835 ans : 4620 gr. ; de 3835 à 3845 ans : 4632 gr. ; de 3845 à 3855 ans : 4644 gr. ; de 3855 à 3865 ans : 4656 gr. ; de 3865 à 3875 ans : 4668 gr. ; de 3875 à 3885 ans : 4680 gr. ; de 3885 à 3895 ans : 4692 gr. ; de 3895 à 3905 ans : 4704 gr. ; de 3905 à 3915 ans : 4716 gr. ; de 3915 à 3925 ans : 4728 gr. ; de 3925 à 3935 ans : 4740 gr. ; de 3935 à 3945 ans : 4752 gr. ; de 3945 à 3955 ans : 4764 gr. ; de 3955 à 3965 ans : 4776 gr. ; de 3965 à 3975 ans : 4788 gr. ; de 3975 à 3985 ans : 4800 gr. ; de 3985 à 3995 ans : 4812 gr. ; de 3995 à 4005 ans : 4824 gr. ; de 4005 à 4015 ans : 4836 gr. ; de 4015 à 4025 ans : 4848 gr. ; de 4025 à 4035 ans : 4860 gr. ; de 4035 à 4045 ans : 4872 gr. ; de 4045 à 4055 ans : 4884 gr. ; de 4055 à 4065 ans : 4896 gr. ; de 4065 à 4075 ans : 4908 gr. ; de 4075 à 4085 ans : 4920 gr. ; de 4085 à 4095 ans : 4932 gr. ; de 4095 à 4105 ans : 4944 gr. ; de 4105 à 4115 ans : 4956 gr. ; de 4115 à 4125 ans : 4968 gr. ; de 4125 à 4135 ans : 4980 gr. ; de 4135 à 4145 ans : 4992 gr. ; de 4145 à 4155 ans : 5004 gr. ; de 4155 à 4165 ans : 5016 gr. ; de 4165 à 4175 ans : 5028 gr. ; de 4175 à 4185 ans : 5040 gr. ; de 4185 à 4195 ans : 5052 gr. ; de 4195 à 4205 ans : 5064 gr. ; de 4205 à 4215 ans : 5076 gr. ; de 4215 à 4225 ans : 5088 gr. ; de 4225 à 4235 ans : 5100 gr. ; de 4235 à 4245 ans : 5112 gr. ; de 4245 à 4255 ans : 5124 gr. ; de 4255 à 4265 ans : 5136 gr. ; de 4265 à 4275 ans : 5148 gr. ; de 4275 à 4285 ans : 5160 gr. ; de 4285 à 4295 ans : 5172 gr. ; de 4295 à 4305 ans : 5184 gr. ; de 4305 à 4315 ans : 5196 gr. ; de 4315 à 4325 ans : 5208 gr. ; de 4325 à 4335 ans : 5220 gr. ; de 4335 à 4345 ans : 5232 gr. ; de 4345 à 4355 ans : 5244 gr. ; de 4355 à 4365 ans : 5256 gr. ; de 4365 à 4375 ans : 5268 gr. ; de 4375 à 4385 ans : 5280 gr. ; de 4385 à 4395 ans : 5292 gr. ; de 4395 à 4405 ans : 5304 gr. ; de 4405 à 4415 ans : 5316 gr. ; de 4415 à 4425 ans : 5328 gr. ; de 4425 à 4435 ans : 5340 gr. ; de 4435 à 4445 ans : 5352 gr. ; de 4445 à 4455 ans : 5364 gr. ; de 4455 à 4465 ans : 5376 gr. ; de 4465 à 4475 ans : 5388 gr. ; de 4475 à 4485 ans : 5400 gr. ; de 4485 à 4495 ans : 5412 gr. ; de 4495 à 4505 ans : 5424 gr. ; de 4505 à 4515 ans : 5436 gr. ; de 4515 à 4525 ans : 5448 gr. ; de 4525 à 4535 ans : 5460 gr. ; de 4535 à 4545 ans : 5472 gr. ; de 4545 à 4555 ans : 5484 gr. ; de 4555 à 4565 ans : 5496 gr. ; de 4565 à 4575 ans : 5508 gr. ; de 4575 à 4585 ans : 5520 gr. ; de 4585 à 4595 ans : 5532 gr. ; de 4595 à 4605 ans : 5544 gr. ; de 4605 à 4615 ans : 5556 gr. ; de 4615 à 4625 ans : 5568 gr. ; de 4625 à 4635 ans : 5580 gr. ; de 4635 à 4645 ans : 5592 gr. ; de 4645 à 4655 ans : 5604 gr. ; de 4655 à 4665 ans : 5616 gr. ; de 4665 à 4675 ans : 5628 gr. ; de 4675 à 4685 ans : 5640 gr. ; de 4685 à 4695 ans : 5652 gr. ; de 4695 à 4705 ans : 5664 gr. ; de 4705 à 4715 ans : 5676 gr. ; de 4715 à 4725 ans : 5688 gr. ; de 4725 à 4735 ans : 5700 gr. ; de 4735 à 4745 ans : 5712 gr. ; de 4745 à 4755 ans : 5724 gr. ; de 4755 à 4765 ans : 5736 gr. ; de 4765 à 4775 ans : 5748 gr. ; de 4775 à 4785 ans : 5760 gr. ; de 4785 à 4795 ans : 5772 gr. ; de 4795 à 4805 ans : 5784 gr. ; de 4805 à 4815 ans : 5796 gr. ; de 4815 à 4825 ans : 5808 gr. ; de 4825 à 4835 ans : 5820 gr. ; de 4835 à 4845 ans : 5832 gr. ; de 4845 à 4855 ans : 5844 gr. ; de 4855 à 4865 ans : 5856 gr. ; de 4865 à 4875 ans : 5868 gr. ; de 4875 à 4885 ans : 5880 gr. ; de 4885 à 4895 ans : 5892 gr. ; de 4895 à 4905 ans : 5904 gr. ; de 4905 à 4915 ans : 5916 gr. ; de 4915 à 4925 ans : 5928 gr. ; de 4925 à 4935 ans : 5940 gr. ; de 4935 à 4945 ans : 5952 gr. ; de 4945 à 4955 ans : 5964 gr. ; de 4955 à 4965 ans : 5976 gr. ; de 4965 à 4975 ans : 5988 gr. ; de 4975 à 4985 ans : 6000 gr. ; de 4985 à 4995 ans : 6012 gr. ; de 4995 à 5005 ans : 6024 gr. ; de 5005 à 5015 ans : 6036 gr. ; de 5015 à 5025 ans : 6048 gr. ; de 5025 à 5035 ans : 6060 gr. ; de 5035 à 5045 ans : 6072 gr. ; de 5045 à 5055 ans : 6084 gr. ; de 5055 à 5065 ans :







## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### SUR DEUX CAS DE SARCOMATOSE CUTANÉE

Par MM. J. NICOLAS, J. GATÉ, R. GAILLARD et P. RAVAUULT.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer deux cas de sarcomatose cutanée généralisée, nous avons cru intéressant de les rapporter en détail en soulignant leurs traits communs et les nuances qui les séparent.

*Observation 1* (Recueillie à la clinique dermato-vénéréologique de l'Antiquaille. Professeur Nicolas).

Mme S... adressée au docteur Gaté par le docteur Guyonnet, âgée de 50 ans, ne présente rien à signaler dans ses antécédents, sinon un fibrome utérin opéré il y a 11 ans. Mariée depuis 5 ans. Pas d'enfant. Aucun incident génital à signaler depuis l'intervention précédente.

Il y a *un an*, est apparue dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région dorso-lombaire une tumeur non douloureuse, grosse comme une petite noix. En l'espace de quelques mois, la malade vit se produire un grand nombre d'élevures analogues au niveau de la face interne des cuisses, sur les bras, la partie antérieure du thorax et le dos. Rapidement les masses néoformées augmentèrent. Depuis 9 mois, un amaigrissement notable, une difficulté progressive de l'alimentation et de violentes douleurs après les repas, sans vomissements ni hématomésès ont fait empirer l'état de la malade.

Le 21 août 1923, à son entrée dans le service, on trouve une femme très amaigrie, au teint jaune, accusant toujours les mêmes troubles digestifs, mais non anorexique. Sur toute la surface du corps, on constate l'existence de tumeurs plus ou moins volumineuses, au nombre de trente environ. Les unes ne dépassent pas le volume d'un petit pois; mais il en existe de très grosses, atteignant les dimensions d'une tête de fœtus et siégeant surtout dans les régions lombaire et fessière gauches. Tous les éléments ne sont pas au même stade évolutif: on en a de jeunes au niveau de la région scapulaire droite, indolores, roulant sous le doigt, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds. D'autres plus anciens et plus gros sont fixés par leur base. Quelques-

uns enfin, prêts à s'ulcérer (par exemple un nodule de la région du dos) sont très douloureux spontanément et à la palpation et ont une peau rouge, chaude, très vascularisée et adhérente. En palpant la plupart des tumeurs, on a l'impression de masses lisses et dures, ou encore bosselées, avec des points ramollis sur celles dont l'ulcération est proche.

A noter enfin que l'ouverture à la peau imminente pour une ou deux tumeurs ne s'est encore faite nulle part, qu'on ne trouve pas trace de pigmentation cutanée, que toute réaction ganglionnaire fait défaut. Enfin retenons qu'en ce qui concerne la topographie des masses néopla-

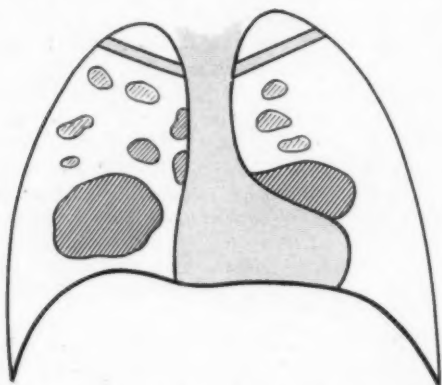


Fig. 1. — Examen radiologique du malade de l'observation I.

siques, elles épargnent les extrémités et s'arrêtent strictement aux poignets et aux chevilles.

L'examen de l'abdomen, sur lequel les troubles digestifs accusés par la maladie attiraient l'attention, a montré un point douloureux épigastrique à 4 cm. au-dessous de l'appendice xiphoïde et profondément à ce niveau un petit noyau dur, arrondi, comparable à une noisette et qui est peut-être un noyau de généralisation hépatique. Le foie semble par ailleurs de volume normal. Le transit intestinal s'effectue de façon parfaite. Rien à signaler à l'examen pulmonaire.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal. Léger disque d'albumine dans les urines.

*Le 27 août. — Examen radioscopique.*

Rien à signaler à l'œsophage, ni à l'estomac qui se remplit et paraît se vider normalement. Les deux poumons présentent des pommelures, mais il existe de plus (figure 1) une ombre à contours précis, très nette, indépendante du sein et de toute tumeur cutanée, et qui se mobilise par les secousses de toux. On voit une masse analogue à gauche au-dessus du cœur.

Un examen clinique plus attentif a montré alors, à droite, au niveau de l'ombre signalée et ceci uniquement en arrière, une zone submate avec respiration soufflante et quelques frottements pleuraux. Nous avons pensé qu'il devait s'agir de noyaux profonds de généralisation.

La malade a quitté le service à la fin août et survivait encore un mois après.

*Examen histologique* d'un fragment prélevé par biopsie le 22 août. Fixateur : liquide de Bouin. Coloration par l'Hémalum-Erythrosine safran (méthode de P. Masson).

On a affaire à un nodule arrondi de tissu néoplasique, dont les contours sont bien limités et dessinés par une zone circulaire de tissu conjonctif lamelleux non envahi. Ce nodule siège dans l'hypoderme, laissant intact le revêtement épidermique.

La tumeur est constituée par des cellules fusiformes, de petites dimensions, dont le cytoplasme pâle, à peine acidophile, se termine par deux extrémités effilées munies de petits prolongements fibrillaires. On constate d'assez nombreuses anomalies nucléaires (noyaux géants, noyaux bourgeonnants); en certains points il y a même des sortes de plasmodes plurinucléés. Il y a relativement peu de mitoses.

Dans l'intervalle des cellules serpentent de fines fibrilles de substance collagène allongées dans la même direction et s'anastomosant entre elles. L'orcéine n'a montré nulle part de fibres élastiques dans la tumeur.

La disposition générale des éléments réalise une architecture fasciculée, en tourbillons. Il y a même en certains points de la coupe de véritables paquets de cellules néoplasiques, isolés les uns des autres par d'épaisses travées conjonctives. A noter que certains de ces faisceaux de cellules fusiformes coupés en travers ne doivent pas être confondus avec des amas de cellules rondes.

La circulation intratumorale se fait par des lacunes sanguines, auxquelles des cellules néoplasiques aplaties font office d'endothélium et qui ne possèdent aucune armature conjonctive. A noter dans quelques-unes de ces lacunes des végétations cancéreuses, qui doivent contribuer à la généralisation sanguine.

Enfin, il existe en plusieurs points des foyers en voie de dégénérescence avec altérations nucléaires et extravasation de globules rouges. Nous n'avons pas vu de pigment mélanique.

En résumé, il s'agissait histologiquement d'un *sarcome fasciculé à petites cellules fusiformes*.

*Observation II* (Recueillie à la Clinique oto-rhino-laryngologique de M. le Prof. Lannois).

Il s'agit d'un homme de 53 ans, D... Marius, sans antécédents intéressants à signaler, qui, *il y a 3 mois*, a vu naître au niveau de sa région inguinale gauche une petite tumeur sous-cutanée arrondie, dure, indolente. Peu après et rapidement des noyaux semblables apparurent au voisinage et sur le reste du corps. L'état général commença

alors à décliner : amaigrissement, pertes des forces, de l'appétit, douleurs vagues dans le tronc et les membres. Enfin, il y a 2 mois, il fut brusquement atteint d'une aphonie très marquée en même temps que de dysphagie pour les aliments solides, dysphagie d'ailleurs non douloureuse.

A l'entrée dans le service, le 20 juillet 1923, on trouve un malade



Fig. 2. — Cellules sarcomateuses du type fusiforme. On distingue à côté des faisceaux coupés dans le sens longitudinal d'autres faisceaux coupés en travers. Fines fibrilles collagènes interposées entre les éléments cellulaires (Observation I).

très déprimé et amaigri, se soutenant à peine. Cette dénutrition est le fait d'une anorexie invincible jointe à l'impossibilité matérielle de déglutir les aliments solides qui sont rejetés immédiatement. L'aphonie est très accusée.

On constate alors qu'un nombre considérable de petites tumeurs cribble le cou, le thorax, le dos, l'abdomen et les régions inguinales. Les membres et la tête n'en présentent aucune. Le nombre total est difficile à préciser, mais dépasse certainement la cinquantaine. Leur volume est en général peu considérable, allant de celui d'une tête

d'épingle à celui d'une noix. La palpation les montre dures, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds, roulant facilement sous le doigt. Quelques nodules cependant prêts à s'ulcérer sont recouverts par un tégument rouge, un peu inflammatoire. La pression détermine sur le plus grand nombre une vive douleur. A noter sur le thorax et l'abdomen une dilatation très marquée des réseaux veineux sous-cutanés.

A l'examen des poumons : à droite, souffle dans la région interscapulaire. Zone d'obscurité respiratoire avec quelques râles à la partie moyenne du poumon droit.

*L'examen laryngoscopique* montre une paralysie de la corde vocale gauche située en position médiane.

Examen de l'abdomen négatif. — Pas d'albumine dans les urines. Température subfébrile autour de 38°.

*L'examen radioscopique* indique un transit œsophagien normal : la bouillie bismuthée descend sans rencontrer d'obstacle. Le poumon gauche semble normal. Le poumon droit présente à 2 travers de doigt au-dessus du mamelon une zone transversale moins claire avec un aspect pommelé. Il existe aussi un élargissement marqué de l'ombre médiastinale.

8 juillet. — Le volume des tumeurs ne semble pas s'être considérablement accru depuis l'arrivée du malade, mais il semble que de nouvelles soient apparues : petites nodosités douloureuses roulant sous le doigt, disséminées sur la paroi abdomino-lombaire. L'état général semble s'être amélioré : l'alimentation est presque uniquement liquide, le malade a pu descendre dans la cour ces jours-ci.

2 août. — L'état général décline de plus en plus. Une cachexie extrême se dessine. La dyspnée est intense au moindre mouvement. Les tumeurs cutanées n'augmentent pas de volume, mais prennent une coloration violacée et ecchymotique.

8 août. — Obitus.

9 août. — Autopsie : On trouve une volumineuse *masse médiastinale et hilare* engainant la trachée, l'œsophage et les gros vaisseaux. Le récurrent gauche est englobé dans cette masse. Larynx normal.

Le *poumon* droit forme une masse irrégulière, dure, formée de l'accolement de nombreux noyaux tumoraux, surtout confluent à la partie moyenne du poumon, où ils sont en contiguïté avec la masse hilare. Le poumon gauche ne présente que quelques noyaux isolés au niveau de son tiers supérieur.

Le *foie* est gros. Sur sa face inférieure existe une tumeur blanchâtre, volumineuse et très dure. Sur toute la surface, nombreuses petites granulations tumorales du volume d'une tête d'épingle à un gros pois.

*Rate* intacte. — Pas de ganglions, ni de tumeurs mésentériques.

*L'examen histologique* a porté sur 4 fragments, l'un prélevé par biopsie (nodule de la région scapulaire), les 3 autres recueillis après la mort sur la masse médiastinale, le poumon droit, le foie.

Fixateurs : Formol salé. — Liquide de Bouin.

Coloration à l'Hémalun-Erythrosine-Safran (méthode de P. Masson).

1° *Nodule sous-cutané*. — Il apparaît comme une masse développée dans l'hypoderme, nettement indépendante de l'épiderme et bien limitée à sa périphérie. Cependant en quelques points le tissu adipeux voisin commence à être envahi par les éléments néoplasiques. L'on a affaire à une nappe de cellules assez régulière, mais divisée par de

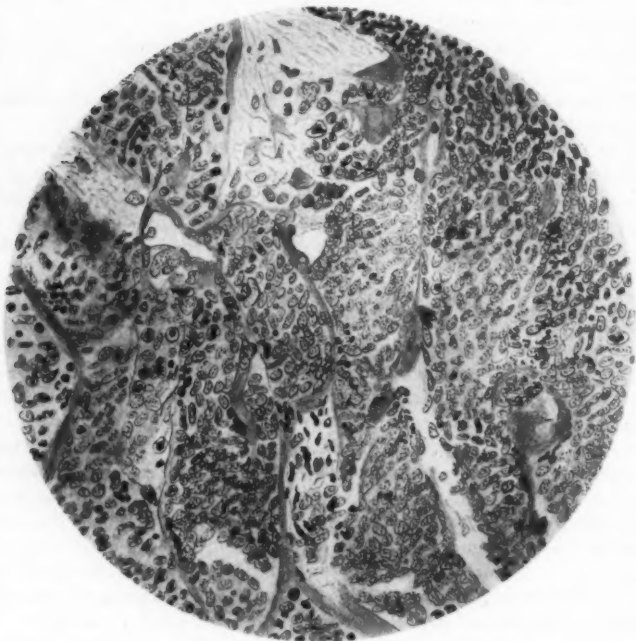


Fig. 3. — Sarcome à cellules polymorphes. Champs cellulaires cloisonnés par des trousseaux conjonctifs plus ou moins épais (Observation II).

grosses travées conjonctives incomplètes, en logettes, en alvéoles plus ou moins inégaux.

Examinées à un fort grossissement, les cellules néoplasiques frappent par leur polymorphisme marqué : les unes, les plus nombreuses, sont du type fusiforme, mais ne se groupent pas en faisceaux, se mêlant au contraire sans ordre avec des cellules d'aspect différent. D'autres sont, en effet, ovalaires, d'autres arrondies, sans qu'il s'agisse cette fois de cellules fusiformes coupées en travers. Enfin on en trouve de naines, de géantes, de monstrueuses. Le noyau est clair avec un réseau chromatinien très fin. Le nombre des mitoses est assez consi-

dérable. On trouve également beaucoup de cellules en voie de nécrose et présentant la dégénérescence acidophile.

Les limites cellulaires sont assez mal dessinées. On ne peut déceler de fibrilles collagènes entre les cellules, qui semblent nager dans une substance interstitielle hyaline.

En certains points, la nappe cellulaire est interrompue par des faisceaux épais de tissu conjonctif prenant le safran et contenant des cellules allongées, ainsi que quelques rares fibres élastiques (coloration par l'orcéine).

Ces faisceaux plus ou moins incomplets et ramifiés déterminent de véritables alvéoles où s'empilent les cellules néoplasiques. On voit par places ces faisceaux conjonctifs se résoudre en fines fibrilles qui prennent l'éosine et emprisonnent dans leurs mailles des cellules sarcomateuses.

La circulation intratumorale se fait par des lacunes tapissées pour la plupart d'un endothélium avec une sertissure de fibres collagènes. Mais on trouve aussi, au milieu des faisceaux conjonctifs, donc nettement distincts des éléments néoplasiques, de véritables vaisseaux avec une paroi propre.

2° *Fragment de la masse médiastinale.*

On ne retrouve pas des traces nettes de ganglion. Le tissu néoplasique est réparti en assez vastes plages de structure analogue à celle des tumeurs cutanées; mais les éléments fusiformes y sont beaucoup moins nombreux que les éléments ronds.

3° *Fragment de poumon* : Lésions banales de broncho-pneumonie avec pus dans les bronches. On trouve isolées au milieu des alvéoles de grandes cellules pigmentaires (pigment sanguin). Il existe des zones où les alvéoles pulmonaires contiennent des éléments néoplasiques à noyau souvent atypique et à vaste protoplasma. Ces éléments sont du type globocellulaire, ne s'entourent pas de fibrilles collagènes et nagent dans un liquide hyalin interstitiel. Les contours des métastases sont mal limités.

4° *Fragment de métastase hépatique* : Même structure histologique que la tumeur prélevée au niveau de la peau.

\* \*

Ces deux cas de sarcomatose cutanée nous ont paru assez analogues pour pouvoir être rassemblés et comparés. De part et d'autre, en effet, on avait affaire à des nodules hypodermiques ayant débuté sur le tronc, ayant épargné systématiquement les extrémités et à évolution relativement rapide. Chez nos deux malades, l'affection s'était terminée par des généralisations tardives dans les poumons, le médiastin, le foie et les autres viscères. A noter la paralysie de la corde vocale gauche consécutive à l'englobement du nerf dans la masse médiastinale.



Il fallait éliminer l'hypothèse d'une tumeur viscérale ou médiastinale primitive ayant donné ultérieurement des métastases cutanées. L'apparition relativement tardive des manifestations viscérales, de même que la structure histologique des nodules, qui ne pouvait être rapprochée de celle des lymphosarcomes, nous firent envisager l'hypothèse d'une sarcomatose primitive de la peau.

S'agissait-il du type Kaposi, dont l'un de nous a rapporté un exemple à la Société de Dermatologie (Thibierge, Nicolas et Favre. Sarcomatose cutanée idiopathique généralisée — type Kaposi, à évolution lente. *S. F. D. S.* 18-11-20) et dont nous avons rapporté récemment un nouveau cas (Nicolas, Gaté et P. Ravaut. *S. F. D. S.* 13-12-23) ?

Cette hypothèse était insoutenable, en raison de la répartition spéciale des nodules sarcomateux qui occupaient exclusivement le tronc et la racine des membres, épargnant rigoureusement leurs extrémités. De plus, la maladie de Kaposi a une évolution beaucoup plus longue. Les noyaux sont de teinte foncée, ne s'ulcèrent presque jamais et souvent on peut assister à la régression de certains d'entre eux. Ces caractères faisaient défaut dans nos deux observations.

L'idée de tumeurs mélaniques était également à rejeter d'emblée.

Il ne pouvait donc être question que des sarcomatoses cutanées diffuses à distribution irrégulière, dont PERRIN a réuni quelques faits dans sa thèse (Paris 1886). C'est là, d'ailleurs, un groupe assez confus, ayant servi de prétexte à des descriptions histologiques très disparates, mais qui, cliniquement, paraît devoir revendiquer les caractères suivants :

1. Dissémination sans ordre. Pas de localisation systématique.
2. Pullulation dans l'hypoderme, surtout au niveau du tronc.
3. Ulcération tardive des nodules.
4. Evolution rapide en quelques mois vers la cachexie et les généralisations viscérales.

Dans ce cadre semblent devoir rentrer d'autres sarcomatoses diffuses dont HALLOPEAU et LEREDDE donnent la liste dans leur *Traité de Dermatologie* (type UNNA, type PIFFARD, type NEUMANN, type FUNK-HYDE). Tous ces faits et d'autres décrits ultérieurement sont analogues et ne diffèrent que par des points de détail. MM. FAIVRE et SAVY (*Lyon médical*, 1913) ont rapporté un cas de



sarcomatose cutanée diffuse (sarcome à cellules polymorphes) chez un gardien de cimetière qui s'était blessé sur une ferrure de cercueil et qui avait vu apparaître au niveau du point traumatisé sa première tumeur. À ce propos, ces auteurs soulèvent l'hypothèse de la nature infectieuse de ces sarcomatoses.

En somme, les grandes lignes communes à nos deux observations permettent de les classer dans le groupe des sarcomes primitifs de la peau type Perrin. Nous voudrions, en terminant, souligner les légères différences que nous avons pu relever entre ces deux malades.

D'une part (observ. I) on avait affaire à une affection datant d'un an et ne marchant pas extrêmement vite, puisque deux mois plus tard la mort ne s'était pas encore produite; il s'agissait de plus, dans ce cas, de tumeurs dont certaines avaient acquis un volume considérable (tête de fœtus) et dont le nombre ne dépassait certainement pas la quarantaine.

L'observation II diffère de la précédente d'abord par son évolution plus rapide (la mort eut lieu 3 mois 1/2 après l'éclosion du premier nodule cutané) et aussi par le nombre bien plus considérable des éléments dont beaucoup étaient minuscules et dont les plus gros ne dépassèrent pas les dimensions d'une noix.

En somme, d'un côté on avait plutôt une sarcomatose à gros éléments évoluant de façon subaiguë, de l'autre une sarcomatose miliaire d'allure beaucoup plus aiguë et de malignité encore plus marquée.

Ce ne sont là que des nuances de détail dans le tableau clinique, dont elles ne modifient pas l'ensemble.

Nous ne nous arrêtons pas davantage sur les différences histologiques constatée de part et d'autre. Sans doute, dans l'observation I, il s'agissait d'une forme fuso-cellulaire, dans l'observation II d'une forme à éléments polymorphes et à architecture assez nettement alvéolaire (Cf. description du « lymphosarcome » cutané par Darier. *Ann. Dermat.*, avril 1911, p. 226). Mais peut-on expliquer la légère différence de malignité clinique que nous avons signalée plus haut par ces nuances histologiques? Nous ne le croyons pas. Une tumeur conjonctive à cellules fusiformes peut être aussi maligne qu'une tumeur à cellules rondes. Nous avons plutôt l'impression que cette forme ronde ou allongée des éléments sarcomateux est moins un caractère de malignité qu'une adaptation des éléments néoplasiques au milieu où ils se déve-

loppent. C'est ainsi que nous avons vu (observ. II) les mêmes éléments prendre le type globo-cellulaire exclusif dans les alvéoles pulmonaires, où ils se trouvent relativement à l'aise; mais par contre s'allonger et revêtir pour la plupart le type fusiforme dans le tissu cellulaire sous-cutané où ils sont relativement bridés et à l'étroit.

---

## ANALOGIES DANS LES MODIFICATIONS SANGUINES ENTRE LE PSORIASIS ET LA PELADE EN DEHORS DE LA SYPHILIS

Par A. SICOLI

(Travail du laboratoire du Dr Sabouraud à l'hôpital Saint-Louis).

De nombreux auteurs et très particulièrement Sabouraud, ont signalé à diverses reprises la fréquence du psoriasis chez les peladiques ou d'une crise de pelade chez des psoriasiques anciens. A ce sujet Sabouraud fait remarquer dans ses « Entretiens dermatologiques » qu'il a observé trop souvent des peladiques psoriasiques pour que cette association puisse être un hasard.

C'est pour confirmer ces observations, que j'ai entrepris l'étude hématologique de plusieurs malades (peladiques d'une part et psoriasiques d'autre part) pour voir s'il n'existe pas entre ces deux affections quelque analogie de la formule leucocytaire.

Avant d'exposer ce que j'ai vu, je tiens à faire remarquer que dans la série des malades que j'ai étudiés, j'ai exclu avec soin tous les sujets psoriasiques ou peladiques à réactions syphilitiques positives.

Dans tous les cas j'ai pratiqué les réactions de Wassermann ou de Hecht, et n'ai conservé pour l'étude que les malades dont la réaction s'était montrée négative. Dans mes recherches j'ai employé la méthode de coloration au May Grunwald-Giemsa. Le pourcentage se base sur un nombre de leucocytes variant pour chaque cas de 500 à 1.000. Les prises du sang ont été faites le matin à jeun, et chez la plupart des malades, l'examen a été renouvelé diverses fois à plusieurs jours d'intervalle ; car j'estime que pour établir sérieusement la base d'une formule il ne faut pas se contenter de faire l'examen hématologique seulement à un stade de la maladie, mais à ses divers stades et étudier la for-

mule hémoleucocytaire dans ses rapports avec l'évolution même de la maladie même.

Soit chez les psoriasiques soit chez les peladiques (non syphilitiques) j'ai constamment trouvé une évidente analogie dans la formule sanguine. L'augmentation pathologique, qui constitue le trait saillant du tableau hématologique dans ces deux affections, est : 1° éosinophilie et 2° lymphocytose.

L'éosinophilie est variable. Chez les psoriasiques, au moment de la poussée aiguë, on trouve les cellules éosinophiles en quantité presque normale (2 à 3,5 p. 100). Mais par contre, vers la fin de la poussée, l'éosinophilie s'accroît (6 à 9 p. 100). Le nombre des éosinophiles augmente progressivement, et on pourrait dire qu'il se produit une véritable crise éosinophilique au décours de la poussée psoriasique.

D'autre part les lymphocytes au début des poussées aiguës sont de même en nombre réduit (25 à 32 p. 100) et c'est à la fin de la poussée aiguë de la maladie qu'on note une lymphocytose marquée (35 à 41 p. 100).

Chez les peladiques (non syphilitiques) la formule leucocytaire du sang présente des modifications sanguines tout à fait analogues à celles qu'on vient d'observer chez les psoriasiques : éosinophilie et lymphocytose.

Dans tous les examens hématologiques j'ai pu remarquer le taux des éosinophiles et des lymphocytes, plus élevé dans les formes de pelade ancienne (éosinophiles 5 à 8 p. 100, lymphocytes 28 à 37 p. 100).

Tandis que dans les cas de pelade récente le taux des éosinophiles et des lymphocytes est presque normal (éosinophiles 2 à 3, 4 p. 100, lymphocytes 24 à 28 p. 100).

Les examens hématimétriques, faits dans tous les cas avec la plus grande précision possible, ont donné, dans la majorité des cas, soit chez les psoriasiques soit chez les peladiques, une hypoglobulie et une leucocytose insignifiantes ; phénomènes qui ne doivent pas nous arrêter, car ils se rencontrent de même au cours de beaucoup d'affections aiguës et chroniques.

Cependant, chez 9 malades (6 psoriasiques et 3 peladiques), je tiens à faire remarquer que j'ai trouvé d'une part une hypoglobulie du 3<sup>e</sup> degré, c'est-à-dire que le nombre des globules rouges était inférieur à 2.000.000 par millimètre cube de sang, et de l'autre une leucocytose modérée (7.000 à 8.000 par milli-

mètre cube). Il n'y a pas en ces cas une anomalie frappante, car ce sont là des phénomènes banaux, ce qui est important, c'est que dans ces mêmes cas des examens répétés ont montré une éosinophilie et une lymphocytose considérables.

Le tableau qu'on a sous les yeux ferait penser à l'hémo-diagnostic d'un état de tuberculose bénigne, car la formule sanguine chez ces malades est analogue à celle que nous rencontrons dans les formes torpides de tuberculose, améliorées depuis longtemps, et dans lesquelles on trouve de même de la lymphocytose avec éosinophilie.

J'estime que l'augmentation des éosinophiles dans le psoriasis et dans la pelade, après les poussées aiguës de ces deux maladies est d'un bon pronostic pour les malades, prouvant la résistance de l'organisme aux poussées nouvelles; car dans les poussées aiguës les cellules éosinophiles du sang disparaissent à peu près du torrent circulatoire: la diminution ou l'absence des éosinophiles est la règle. De même pour la lymphocytose. On la note assez marquée, après les poussées aiguës du psoriasis et de la pelade. On pourrait dire qu'il existe un parallélisme entre l'état du sang dans le psoriasis et la pelade d'une part et dans les formes torpides de tuberculose d'autre part.

Quant à la valeur globulaire, chez les psoriasiques, elle est dans la majorité des cas, égale et même supérieure à l'unité (0,95 à 1,33). Chez les peladiques elle est à peu près égale à l'unité (1,25) ou légèrement diminuée (0,88).

De ces considérations il semble apparaître clairement l'existence d'une parenté cachée entre le psoriasis et la pelade; cette parenté est accusée par des modifications du sang similaires à celles qu'on observe au cours des poussées évolutives tuberculeuses bénignes.

**Modifications sanguines du psoriasis, en dehors de la syphilis**

Observations	DESCRIPTION DE LA MALADIE	Polynucléaires o/o	Eosinophiles o/o	Grands mono-nucléaires o/o	Lymphocytes o/o	Formes de passage o/o	Réaction de Wassermann
1	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 36). Mme T... Suzanne, 30 ans. Psoriasis généralisé à la face, cou, membres, tronc. A la face on note un large placard étendu au front et au nez, avec quelques intervalles de peau saine. Sur le tronc : éléments moins nombreux, 1 placard irrégulier dans la région sternale, large placard dans la région interscapulaire; cet élément est apparu à la suite d'une application de teinture d'iode. Sur l'abdomen et sur les fesses, nombreux éléments nummulaires, de la dimension d'un centime à celle d'une pièce de 2 francs. Aux membres supérieurs, éléments disposés en placards irréguliers avec intervalles de peau saine, localisés à la face d'extension du bras, de l'avant-bras et du coude.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 9 juillet 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 29 juillet 1923) fournit</i></p>	62,5	3	2,5	30	2	<i>negatif</i>
2	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 17). Mme L... Emilienne, 18 ans. Entre à l'hôpital pour des lésions cutanées du corps s'étendant sans arrêt et cela depuis 2 mois. On note: lésions arrondies, variant de la dimension d'une pièce de 10 sous à une pièce de 5 francs, surélevées, rouges, avec desquamation abondante. Le grattage donne nettement le signe de la tache de bougie. Ces placards sont particulièrement abondants au dos, à la région fessière, sous le sein et à l'abdomen. Les lésions sont plus petites et plus disséminées aux membres inférieurs. Au front dans les régions rétroauriculaires, les plaques sont moins surélevées, plus diffuses.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 18 juin 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 4 août 1923) fournit</i></p>	58,5	2	4,5	32	3	<i>negatif</i>
3	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 107). Mme G... Boyer, 60 ans. La première éruption de psoriasis remonte à l'âge de 20 ans, 4 mois après une grosse éruption de psoriasis. Des lors, elle revient très fréquemment.</p>	49,5	8	3,5	38	1	

3	Hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 109). Mme G... Boyer, 60 ans. La première éruption de psoriasis remonte à l'âge de 20 ans, 4 mois après une grosse seconde éruption. Dès lors, elle revient très fréquemment, tous les 2 ans environ jusqu'à l'époque de la ménopause. Actuellement la malade présente une nouvelle poussée de placards disséminés sur le tronc, l'abdomen et les membres. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 24 juillet 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 5 août 1923) fournit.</i>	58,5 49,5	2 8	4,5 3,5	32 38	3 1	<i>negatif</i>
4	Hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 27). R... Auguste, 48 ans. Première poussée de psoriasis il y a 13 ans. En 1922 a eu une poussée très forte. Actuellement on constate de nombreuses plaques de psoriasis sur tout le corps et sur le cuir chevelu présentant le signe de la tache de bougie et d'Auspitz. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 4 août 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 7 septembre 1923) fournit.</i>	61,5 53,5	3,5 9	4 2,5	29 35	2 3	<i>negatif</i>
5	Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin, salle Hardy, n° 11). C. William, 63 ans. Malade depuis l'âge de 35 ans, entre le 4 août 1923 à l'hôpital pour une éruption de psoriasis généralisé aux mollets, sous le dos et le sein gauche, aux bras et à l'aîne droite. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 5 juillet 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 8 août 1923) fournit.</i>	60 48	2,5 5,5	6,5 2,5	29 41	2 3	<i>negatif</i>
10	Hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 9 bis). A... Morgenthater, 25 ans, entre à l'hôpital présentant une nouvelle poussée de psoriasis. La première fois le psoriasis est apparu en 1917. Il y a 15 jours qu'a commencé une nouvelle poussée par les membres inférieurs. Actuellement le malade présente psoriasis généralisé sur tout le corps et sur le cuir chevelu. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 6 août 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 8 septembre 1923) fournit.</i>	62,6 48,6	2,7 7	4,3 3,4	29,4 41	1	<i>negatif</i>
12	Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin, salle Hardy, n° 33 S...). Ferdinand, 33 ans. Début du psoriasis il y a 18 ans, par poussées successives. Actuellement le malade présente des éruptions étendues sur les genoux, les coudes, cuisses et sur les fesses. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 5 juillet 1923).</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 3 août 1923) fournit.</i>	59,5 50,5	2,5 7	4 4,5	31 35	3 3	<i>negatif</i>

**Modifications sanguines du psoriasis, en dehors de la syphilis (suite)**

Observations	DESCRIPTION DE LA MALADIE.										de Wassermann						
13	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 12 bis). P... Edouard, 76 ans. Entre à l'hôpital pour un psoriasis généralisé à tout le corps. Les éruptions sont formées de papules et de placards rouges avec une desquamation de place en place.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 30 juillet 1923).</i></p> <p><i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 30 août 1923) fournit</i></p>											60	1,5	3	34	4,5	negatif
14	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 28 bis). C... Pierre, 54 ans. Entre à l'hôpital pour une poussée récente de psoriasis. Dans son ensemble l'éruption se présente sous forme de placards disséminés sur le tronc, l'abdomen et les membres.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 2 juillet 1923).</i></p> <p><i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 30 juillet 1923) fournit</i></p>											64,5	3,5	3,6	27	1,4	negatif
15	<p>Hôpital Saint-Louis (salle Saint-Louis, n° 5). P... Léon, malade de 64 ans, vient à la consultation pour une éruption de plaques rouges sur tout le corps. Ces plaques sont de taille très variable : les unes sont des véritables médaillons, les autres plus petites : gouttes de bougie.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 14 mai 1923).</i></p> <p><i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (15 juillet 1923) fournit</i></p>											57,5	1,7	3,3	32	5,5	negatif
16	<p>Hôpital Saint-Louis (Grande consultation). Mlle Suzanne..., 23 ans. Poussée aiguë de psoriasis récent datant de quinze jours. L'éruption a débuté par les genoux et les coudes, puis s'est généralisée rapidement sur toutes les parties du corps avec prédominance aux membres inférieurs.</p> <p><i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 11 juin 1923)</i></p>											52	4,6	6	34	3,4	negatif
												56,5	2	4,5	32	5	negatif



	<i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 25 juillet 1923) fournit</i>	48,5	6	3,5	41	1	
17	Grande consultation. Mlle Andrieu ..., 18 ans. Entre à l'hôpital pour un psoriasis guttata généralisé. La poussée a débuté par le cuir chevelu, puis a gagné peu à peu tout le corps. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 11 juin 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 25 juillet 1923) fournit</i>	61,5 52	2 5	3,5 3	29 40	4	<i>negatif</i>
18	Grande consultation. Mme M... Louise, 47 ans. Présente une poussée aiguë de psoriasis sur tout le corps et sur le cuir chevelu. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 11 juin 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 2 juillet 1923) fournit.</i>	58,4 47,5	2,6 6,5	3 4	31 41	5 1	<i>negatif</i>
19	Grande consultation. M... Edouard, 29 ans. Poussée aiguë de psoriasis généralisé à la face, membres, tronc. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 20 juin 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 5 août 1923) fournit.</i>	60,2 51	2,8 5	4 6	27 37	6 1	<i>negatif</i>
20	Consultation générale. R... Auguste, 55 ans. Poussée récente de psoriasis apparu il y a deux semaines. L'éruption a débuté par les coudes et les genoux, puis s'est généralisée rapidement. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 22 juin 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 18 juillet 1923) fournit</i>	59,5 48	3 7	2,5 2,5	32 40	3 2,5	<i>negatif</i>
21	Consultation générale. B... Léon, 67 ans. Poussée aiguë de psoriasis, généralisée à tout le corps, dont le début remonte à trois semaines. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 29 juin 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 15 juillet 1923) fournit</i>	63 56,5	2,4 3,5	3 4	25 29	6,6 7	<i>negatif</i>
22	Consultation générale. G... Reynul, 37 ans. Poussée aiguë de psoriasis apparu il y a un mois. Les éléments occupent surtout les genoux, les coudes et les cuisses. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 1er juillet 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 13 août 1923) fournit</i>	64 45,5	3,5 8	2 2,5	27 41	3,5 3	<i>negatif</i>
23	Consultation générale. Mlle F... Irène, 19 ans. Poussée aiguë de psoriasis généralisé sur toutes les parties du corps, dont le début remonte à un mois. <i>Formule leucocytaire en pleine poussée (le 1er juillet 1923)</i> <i>L'équilibre leucocytaire, après la poussée aiguë (le 22 août 1923) fournit</i>	63,4 46,4	3,6 8	2 2,5	30 40,5	1 2,6	<i>negatif</i>



		60	3,5	2	33	1,5	<i>negatifs</i>
4	Pelade récente. R... Simon, 30 ans. Plaques peladiques continues et prenant une surface étendue à la région occipitale. Cette surface se présente avec des bords polycycliques. La maladie date d'un mois . . . . .						
5	Pelade récente. G... Louis, 24 ans. Une grande plaque de pelade, arrondie et siégeant à la région temporale droite, datant d'une quinzaine de jours. La plaque est dépourvue complètement de poils avec une peau légèrement tuméfiée . . . . .	59	2	6	28	5	<i>negatifs</i>
6	Pelade récente. C... Antoine, 21 ans. Plaque peladique ovulaire de la région occipitale. Sur cette plaque, datant de 20 jours, la peau est légèrement oedémateuse. . . . .	64	3	3,5	27	2,5	<i>negatifs</i>
7	Pelade récente. G... Williams, 37 ans. Plaque alopecique de la région occipitale, datant de 10 jours . . . . .	62	3,5	4,5	28	2	<i>negatifs</i>
8	Pelade récente. S... Renard, 25 ans. Une plaque de pelade occupant la région temporale gauche, datant de 14 jours . . . . .	60	2,5	7,5	29	1	<i>negatifs</i>
9	Pelade récente. V... Annibale, 16 ans. Atteint de pelade depuis une vingtaine de jours . . . . .	64	3	8	23	2	<i>negatifs</i>
10	Pelade récente. L... Suzanne, 25 ans. Plaque de pelade siégeant à la région occipitale datant de 7 jours . . . . .	59	4	5	29	3	<i>negatifs</i>
1	Pelade ancienne. G... Vaumoin, 33 ans. Atteint de pelade depuis 15 ans. Cette pelade, qui se présente avec une physionomie grave à évolution chronique, a commencé par une plaque siégeant à la région occipitale. Depuis lors, le malade a eu au cuir chevelu des plaques successives rejoignant la première et ne respectant que quelques cheveux. Actuellement on voit le cuir chevelu couvert seulement de quelques follets grêles. Cette pelade décalvante, datant depuis 15 ans, s'accompagne de la disparition complète des sourcils, et d'une flaccidité très marquée de la peau (hypotonie de Jaquet) . . . . .	50,5	7	2	40,5		<i>negatifs</i>
2	Pelade à évolution chronique, datant depuis 3 ans. M... Gabriel, 22 ans. Atteint d'une plaque alopecique siégeant à la région occipitale droite, cette plaque est restée stationnaire depuis 3 ans. Actuellement on voit la plaque recouverte de rares cheveux qui au lieu de prendre la teinte des autres, sont restés définitivement blancs . . . . .	47,5	8	3	39	2,5	<i>Wasser, négatif</i>
3	Pelade décalvante généralisée. S... Antoine, 48 ans. Il s'agit d'une pelade généralisée et commencée par l'occiput depuis 3 ans. Depuis lors, la maladie s'est étendue à la barbe et aux sourcils. Les cils sont tombés pareillement . . . . .	40,5	6,5	4	37,5	2,5	<i>Wasser, négatif</i>

Modifications sanguines dans la pelade, en dehors de la syphilis (fin)

Observations	DESCRIPTION DE LA MALADIE	Polynucléaires neutrophiles o/o	Eosinophiles o/o	Grands mono- nucléaires o/o	Lymphocytes o/o	Formes de passage o/o	Réactions de Wassermann et de Hecht dans le sang
4	Pelade à évolution chronique. G... Maurice, 37 ans. Plaques peladiques confluentes de la région occipitale, avec persistance définitive depuis 18 mois	60	7	2,5	30,5		<i>negatifs</i>
5	Pelade à évolution chronique, datant de 8 mois. F... Marcel, 18 ans. Confluence de plusieurs plaques de pelade ayant débuté par l'occiput. C'est une pelade guérie et récidivée au bout de 6 mois	59	5	2,5	33	0,5	<i>negatifs</i>
6	Pelade à évolution chronique, généralisée au cuir chevelu, datant de 4 ans. F... Amédée, 30 ans	46	7,5	3	41	2,5	<i>negatifs</i>
7	Pelade limitée à la barbe, datant de 8 mois. G... Gustave, 44 ans	57	5	2	34	2	<i>negatifs</i>
8	Plaques peladiques confluentes du cuir chevelu et persistant depuis 1 an. Mme P. Suzanne, 26 ans	52	4	5,6	35	3,4	<i>Wasser. négatif</i>
9	Pelade décalvante, généralisée au cuir chevelu depuis 9 ans, avec alternatives de guérison et récidives.	60	8	3,5	27	1,5	<i>Wasser. négatif</i>
10	Pelade à évolution chronique, limitée à la région occipitale et aux sourcils, datant de 2 ans. La maladie a commencé par une pelade occipitale et circonscrite.	48	6	4	41	1	<i>Wasser. négatif</i>

Dans 8 autres cas de pelade ancienne, les examens hématologiques ont également donné une proportion de cellules éosinophiles variant de 4 à 8 p. 100 et de lymphocytes variant de 28 à 37 p. 100.

SABO  
ps  
SABO  
nic  
MORE  
Co  
Ma  
CANO  
(G  
BOHY.  
192

tol  
br  
att  
pel  
D'a  
l'ex  
chr  
hén  
une  
nai  
pat  
sem  
pre  
pel  
par  
A  
et c  
cau  
man  
lent

## RÉSUMÉ

Ces considérations corroborées par de nombreux examens hématologiques, confirment, *a fortiori*, ce qu'ont affirmé de nombreux observateurs et notamment Sabouraud, qui le premier a attiré l'attention sur l'association clinique du psoriasis et de la pelade, en se basant sur sa longue expérience professionnelle. D'autre part, cet auteur, attire l'attention, dans ses ouvrages, sur l'existence certaine d'une pelade des tuberculeux pulmonaires chroniques : cette forme serait, comme la pelade des syphilitiques héréditaires, d'une assez grande fréquence. Elle coexisterait avec une tuberculose du sommet, connue ou méconnue, mais reconnaissable, et semblerait due à la compression du ganglion sympathique thoracique supérieur par des adhérences pleurales. « Il semble que ce soit plus l'inflammation de voisinage que la compression du ganglion par sclérose qui soit en jeu, car c'est une pelade qui guérit du même pas que la tuberculose pulmonaire et partage ses fluctuations » (Sabouraud).

*Dans ces conditions il est permis de penser que le psoriasis et certaines pelades (en dehors de celles qui peuvent relever de causes différentes : syphilis, etc.) pourraient bien être deux manifestations cutanées de tuberculose larvée à évolution très lente et qui ne tuent pas les malades.*

## BIBLIOGRAPHIE

- SABOURAUD. — *Entretiens dermatologiques* (sur l'origine tuberculeuse du psoriasis, p. 217).  
 SABOURAUD. — *Dermatologie topographique* (Pelade des tuberculeux chroniques, p. 245).  
 MORELLE. — La formule leucocytaire du sang chez les peladiques (*Premier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue Française*, Masson Ed.).  
 CANON, ZAPPERT, SOUMAIRE, MONTAGARD. — L'éosinophilie dans le psoriasis (GILBERT et WEINBERG, *Traité du sang*, Baillière, Paris, 1913).  
 BORY. — Théories étiologiques et pathologiques du psoriasis (*Paris médical*, 1921).

## LA RÉACTION DE SACHS-GEORGI

Par MM.

A. STAROBINSKY,

et

L. WEYL,

Chef de Laboratoire

Assistant-interne

Travail du Laboratoire de la Clinique Dermatologique de Genève

Directeur : Professeur Ultramare.

Depuis un certain nombre d'années, on s'est beaucoup occupé surtout en Allemagne et dans les pays anglo-saxons, des réactions de floculation en général et de celle de Sachs-Georgi en particulier (1). Le but essentiel de tous ces efforts était de substituer à la réaction de Wassermann, dans l'étude des sérums des malades, un procédé qui fut à la fois plus simple au point de vue technique et moins coûteux, tout en conservant une valeur diagnostique équivalente à celle de la réaction de fixation. De tous ces essais sont nées de nombreuses méthodes dont les plus connues sont celles de Sachs-Georgi, de Meinicke et la Sigma-réaction de Dreyer-Ward. Nous consacrerons cette première étude à la réaction de Sachs-Georgi.

### *La réaction de Sachs-Georgi.*

*Préparation de l'antigène.* — L'une des plus grandes difficultés rencontrées dans l'emploi de la réaction de Sachs-Georgi consiste dans la préparation de l'antigène cholestériné utilisé dans la réaction. Aussi dans les pays allemands, pour obvier à cette difficulté, les maisons de produits chimiques fabriquent un antigène titré et prêt à l'usage (2).

L'antigène se prépare de la façon suivante :

On prend un cœur de bœuf ou un cœur humain à l'état frais,

(1) Plus de cent mille réactions de comparaison avec le Wassermann auraient été pratiquées jusqu'à présent.

(2) Certains auteurs conseillent aux laboratoires d'utiliser les antigènes préparés par des fabriques spécialisées dans leur préparation.

on le nettoie soigneusement, on le débarrasse du tissu conjonctif et grasseux et on le coupe en petits morceaux. Ensuite, ces fragments sont desséchés entre deux feuilles de papier à filtrer. Une partie de la substance ainsi obtenue est placée dans 6 parties d'alcool absolu et laissée de 24 à 48 heures à la température du laboratoire. Il faut agiter fréquemment le flacon dans lequel se trouve le mélange. Une partie de ce dernier sera gardée à la température du laboratoire, une autre à l'étuve à 37°. Après quelques jours, le contenu des flacons est filtré dans des récipients à parois non transparentes.

A l'antigène ainsi obtenu, on ajoute tout d'abord une quantité égale ou double d'alcool absolu, puis une solution alcoolique de cholestérine à 1 o/o, à raison de 0,45 à 0,50 pour 10 cm<sup>3</sup> de la dilution. Cet antigène ainsi obtenu, sera essayé à plusieurs reprises avec des sérums présentant des réactions de Wassermann franchement positives ou négatives.

Sachs et Georgi conseillent la formule suivante :

100 cm<sup>3</sup> d'extrait alcoolique de cœur de bœuf ;

200 cm<sup>3</sup> d'alcool absolu.

13,5 cm<sup>3</sup> de solution alcoolique de cholestérine à 1 o/o.

Il est bien entendu que la verrerie utilisée pour la préparation de l'antigène, ainsi que pour la réaction de Sachs-Georgi doit être scrupuleusement nettoyée et stérilisée. Beaucoup d'auteurs conseillent l'emploi d'un antigène plus riche en cholestérine et même l'emploi simultané de plusieurs antigènes à teneur lipoidique variable (Löns).

*Technique de la réaction.* — Le sérum à examiner sera inactivé pendant 1/2 heure à 56°, puis dilué au 10° ou au 5°.

L'antigène utilisé est dilué au 6° de la façon suivante : à une partie d'antigène on ajoute une partie de sérum physiologique à 0,85 o/o et l'on agite le mélange doucement. On ajoute à ce mélange encore 4 parties de sérum physiologique. Il est important que cette dernière opération soit faite avec une certaine lenteur ; Gaegtgens prétend qu'une dilution trop rapide diminue la sensibilité de la réaction, alors qu'une dilution trop lente permet des floculations non spécifiques.

Pour la réaction, on emploiera des tubes de 1,3 à 1,5 cm. de diamètre. Elle s'effectue ainsi : à 1 cm<sup>3</sup> de sérum inactivé dilué au 10° ou au 5°, on ajoute 0,5 d'antigène cholestériné (1) dilué

(1) Taniguchi et nous-mêmes avons constaté que les résultats sont meil-



au 6°. Les tubes à réaction sont accompagnés de 4 tubes témoins :

1) 1 cm<sup>3</sup> de sérum dilué sûrement positif au 10° plus 0,5 d'antigène au 6°.

2) 1 cm<sup>3</sup> de sérum dilué sûrement négatif au 10° plus 0,5 d'antigène au 6°.

3) 1 cm<sup>3</sup> de sérum dilué positif ou négatif au 10° plus 0,5 d'alcool au 6°.

4) 1 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique plus 0,5 d'antigène au 6°.

Nous avons toujours essayé nos sérums avec 2 antigènes d'origine différente. L'un était un extrait de cœur de bœuf, et l'autre de cœur humain (1). Les tubes sont agités, mis à l'étuve pendant 24 heures et abandonnés de 18 à 20 heures à la température du laboratoire.

Certains auteurs, entre autres Sachs lui-même, conseillent de laisser les tubes à l'étuve de 24 à 48 heures, ce qui n'est pas indifférent pour les résultats de la réaction comme nous aurons l'occasion de le démontrer (2).

*Lecture des résultats de la réaction.* — Comme Sachs et Georgi l'ont recommandé nous avons lu les résultats des réactions au moyen de l'agglutinoscope de Kuhn et Whoite. On considère la réaction comme positive, lorsque l'on constate dans le liquide des flocons blancs en quantité plus ou moins considérable. Ces flocons présentent des dimensions très variables, allant de celles de la poussière la plus fine jusqu'à celles de grosses masses visibles à l'œil nu. Entre ces deux cas extrêmes, on rencontre tous les intermédiaires. Dans notre étude du Sachs-Georgi, nous n'avons tenu compte que des floculations nettement visibles en négligeant les cas nombreux de floculations peu nettes et qui prêtaient au doute.

*Théorie de la réaction de Sachs-Georgi.* — La théorie qui nous semble la plus plausible pour expliquer la réaction de Sachs-Georgi est la théorie électro-colloïdale. Les analyses de nombreux auteurs ont démontré que l'extrait alcoolique constituant l'antigène de la réaction renferme uniquement des lipoides. L'adjoin-

leurs lorsque la quantité de sérum utilisée est plus petite. On peut même prendre 0,05.

(1) Ces antigènes nous ont été livrés prêts à être dilués par les Behringswerke.

(2) Sachs prétend qu'avec la méthode des 48 heures à l'étuve on peut rendre la réaction plus sensible et plus spécifique en prenant 0,2 de sérum et en utilisant un sérum physiologique à la concentration de 1,5 o/o.



tion de sérum physiologique à l'extrait alcoolique cholestériné transforme cette véritable solution en une suspension colloïdale. En effet, l'adjonction de sérum physiologique incapable de dissoudre les lipoides produit une dispersion de la substance lipoidique sous forme d'innombrables micelles. Chacune de ces dernières possède à sa surface une membrane conditionnée par la diminution de la tension superficielle à la surface limite lipoides-sérum physiologique, ce qui permet les phénomènes d'adsorption (G. Quincke).

Le sérum d'un malade syphilitique contient une substance inconnue désignée sous le nom de « réagine » (Nicolau et Banciu). Cette dernière qui peut déjà déployer ses effets à des doses infiniment petites est un produit soit de la réaction des tissus, vis-à-vis du spirochète, soit une diastase fabriquée en surabondance par l'organisme (Nicolau et Banciu), soit un produit de destruction des spirochètes (Starobinsky).

La réagine, qui possède vraisemblablement une forte charge électrique, déchargera les micelles lipoidiques à charge périphérique de signe contraire produisant ainsi leur mûrissement (groupement de plusieurs micelles), leur floculation et leur précipitation (Nicolau et Banciu, Bechhold). En effet, l'analyse des floculats caractéristiques de la positivité de la réaction a montré qu'ils étaient constitués surtout de substance lipoidique à fonction antigénique (Nicolau et Banciu, Tannenberg, Niederhoff) et d'une faible proportion de globulines (Klostermann et Weissbach, Sachs et Sahlmann, Scheer).

*Valeur des réactions sérologiques en clinique.* — Nous estimons que pour pouvoir juger objectivement de la valeur d'une nouvelle réaction sérologique, il faut au préalable déterminer l'importance que l'on attribue en général aux réactions sérologiques dans la symptomatologie des maladies. Nous pensons ici plus spécialement à la réaction de fixation de Bordet-Wassermann, qui dès son apparition a pris une importance si grande en syphiligraphie. La valeur symptomatologique de cette réaction varie suivant les différentes périodes de la syphilis.

Aux périodes primo-secondaires, une réaction de Wassermann positive n'est qu'un signe de plus dans le cortège symptomatique de ces périodes.

Dans les syphilis tertiaires, qu'elles soient cutanées ou viscérales, une réaction de Bordet-Wassermann positive apporte un

signe précieux de plus à l'hypothèse d'une lésion syphilitique.

Enfin, aux périodes de latence de la syphilis, une réaction positive acquiert sa valeur maximale en nous indiquant la survivance d'une affection qu'aucun signe clinique ne nous révèle. En résumé, nous attribuons à la réaction de Bordet-Wassermann une valeur symptomatique considérable, mais qui doit être associée à l'anamnèse soigneuse du malade et à tous les autres signes cliniques pour conserver toute sa valeur scientifique.

#### *Le critère de la valeur des réactions sérologiques.*

Les réactions sérologiques en général et celle de Wassermann en particulier étant exposées à de nombreuses causes d'erreurs provenant soit de la technique, soit de la lecture des résultats, il faut que le clinicien possède un critère sérieux qui lui permette de juger de temps à autres de leur valeur.

Avec notre maître, M. le Professeur Oltramare, nous estimons que ce critère est réalisé par les cas de syphilis secondaire floride non traitée. Dans notre laboratoire, exception faite de quelques cas de syphilis maligne précoce, le Wassermann est très positif à cette période dans 100 o/o des cas (1). Ainsi le laboratoire apporte à la clinique un nouvel élément d'appréciation et cette dernière vérifie constamment la valeur scientifique de nos réactions sérologiques.

C'est ce principe général, que nous avons toujours appliqué aux réactions de Wassermann et de Hecht-Bauer, que nous avons aussi mis à contribution dans notre étude du Sachs-Georgi.

#### *Causes de la variabilité des résultats dans la réaction de Sachs-Georgi.*

La réaction de Sachs-Georgi est exposée, comme toutes les réactions sérologiques, à une série d'erreurs. On est obligé d'en tenir compte pour s'expliquer les différences d'opinion souvent considérables chez les auteurs qui ont étudié cette réaction et la variété des résultats obtenus. En admettant bien entendu que l'antigène soit préparé selon les règles classiques, ce qui a une

(1) Les auteurs suivants ont fait la même constatation : Au-try, Nanta, Barthélémy, Dujardin, Gougerot, Ravaut, Sabouraud, Rubinstein.

très grande importance (Schultz) les variations constatées dans les résultats des différents auteurs nous semblent provenir de plusieurs raisons. En premier lieu, le matériel des cliniques dermatologiques d'Europe est fort disparate. Dans une ville on a une prédominance de syphilis florides alors que dans une autre ce sont les syphilis latentes qui représentent la majorité des cas. Comme nous le verrons plus loin, la réaction de Sachs-Georgi ne présentant pas la même sensibilité aux différentes périodes de la maladie, ses résultats sont déjà influencés par cette variété de matériel.

Comme plusieurs auteurs et nous-mêmes l'avons constaté, le moment où se fait la lecture des résultats a une influence sur ces derniers. Une réaction négative après 24 heures peut parfaitement être positive après 48 heures.

Une autre circonstance qui influence favorablement les statistiques comparées avec celles du Wassermann réside dans le fait que certains auteurs admettent parmi les réactions positives des floculations douteuses ou très peu visibles, susceptibles d'être interprétées différemment.

Enfin, les différences de technique (quantité de sérum employé, concentration du sérum physiologique, sensibilité de l'antigène, vitesse de la dilution) ont une si grande influence sur les résultats de la réaction, que certains auteurs (Murto) souhaitent avec raison une réglementation de la technique de celle-ci.

#### *Valeur scientifique de la réaction de Sachs-Georgi.*

Lorsqu'on parle de la valeur scientifique d'une réaction sérologique, on sous-entend qu'elle présente jusqu'à un certain degré des qualités de spécificité et de sensibilité. Par exemple : pour la réaction de Bordet-Wassermann, on admet généralement qu'elle n'est positive que dans les cas de syphilis et qu'elle présente une certaine sensibilité dont le critère a été indiqué plus haut. La réaction de Sachs-Georgi répond-elle à ces deux postulats ? Beaucoup d'auteurs dénie à cette réaction une spécificité absolue (Martha Schultz, Corrazzini (1) Moreschi, Venturelli,

(1) Cet auteur a trouvé des Sachs-Georgi positifs dans la tuberculose, l'ictère, le cancer, la paludisme et chez des sujets soi-disant normaux. Il affirme que la réaction de Sachs-Georgi trompe une fois sur trois.

Radæli, Walther, Müller, Levinson, Meineri); ils l'auraient trouvée positive plusieurs fois, surtout dans des cas de chancre mou, de rhumatisme articulaire (3 fois sur 8 cas), etc. Pour notre compte, nous ne pouvons absolument pas partager cette opinion, vu que nous n'avons jamais constaté de floculation en dehors des cas de syphilis. La réaction de Sachs-Georgi possède donc, d'après nous, une spécificité très prononcée (Ermiloff et Natidze, Togunova, Ernest Zalen, Gæhtgens, Grutz, Schultz, Nathan, Lombardo).

Les auteurs sont également très partagés sur la question de savoir si la réaction de Sachs-Georgi est plus ou moins sensible que la réaction de Wassermann. Les uns lui attribuent une sensibilité égale ou supérieure à celle de la réaction de déviation du complément (Baumgärtel Wilk, Stern, Venturelli (1), Rice, Nathan, Meineri), les autres la trouvent bien moindre (Gæhtgens, Taniguchi, Zimmern, Radæli, etc.), surtout dans l'hérédo-syphilis (Castro-Freire et de Menenzes).

Pour nous, la réaction de Sachs-Georgi n'a pas répondu à notre critère habituel de sensibilité. Sur 9 cas de syphilis secondaire floride non traités, alors que la réaction de Wassermann était très positive, la réaction de floculation a été 6 fois négative (2).

Nous neus trouvons donc obligés, du moins à cette période de la maladie, de considérer la réaction de Sachs-Georgi comme moins sensible.

#### *Nos résultats.*

Nous avons examiné au total 638 sérums sur lesquels la réaction de Sachs-Georgi coïncidait avec celle de Bordet-Wassermann 557 fois, c'est-à-dire dans 87,4 o/o des cas. Les résultats

(1) D'après cet auteur, la réaction de Sachs-Georgi est plus précoce que celle de Wassermann. Meineri est du même avis.

(2) Cependant, d'une part, nous avons constaté que des sérums de syphilitiques en pleine période secondaire, négatifs, après 48 heures à l'étuve, peuvent floculer consécutivement après 48 heures à la température du laboratoire. D'autre part, nous n'avons pas tenu compte dans ce travail des floculations légèrement positives. Notre expérience actuelle nous engage à tenir compte de ces dernières réactions et nous sommes persuadés que les perfectionnements de la technique réduiront encore le nombre de ces discordances.

des différents auteurs varient entre une coïncidence de 74 à 99 o/o. Les inventeurs du procédé admettent une concordance de 94 o/o. Voici les pourcentages des concordances obtenues par les différents laboratoires :

Auteurs	Nombre des cas	o/o des concordances
Sachs et Georgi . . .	4.441	94 o/o
Nathan . . . . .	704	93,3 —
Kafka . . . . .	350	86 —
Konitzer. . . . .	2.159	89,8 —
Galli-Valerio . . . .	241	77,59 —
Wilk. . . . .	1.510	99,3 —
Leonhardt . . . . .	2.000	92,6 —
Rice . . . . .	1.000	94,4 —
Baumgärtel . . . . .	7.000	90 —
d'Aunoy Rigney . . .	2.150	98 —
Wolf. . . . .	4.297	90,29 —
Stern. . . . .	5.000	88 —
Frank . . . . .	1.329	89 —
Müller G. . . . .	2.400	80 —
Taniguchiet Yoshinara	1.590	90 —
Weisbach . . . . .	1.500	74,4 —
Schultz . . . . .	2.116	83,8 —

Si nous considérons les cas où les deux réactions ne sont pas concordantes dans leurs résultats (80 cas, 12,6 o/o) nous constatons que la réaction de Wassermann est positive dans 70,4 o/o des cas, alors que la réaction de Sachs-Georgi n'est positive que dans 29,6 o/o. Ces chiffres démontrent sans autres que dans notre laboratoire la réaction de déviation du complément est, en général, plus sensible que la réaction de floculation en cas de discordance (1). Si nous essayons de rechercher s'il existe des périodes de la syphilis, où la sensibilité de la réaction de Sachs-Georgi se rapproche de celle de Wassermann, nous constatons que dans la syphilis latente (Stern, Meineri) et dans la syphilis tertiaire la réaction de floculation est presque aussi souvent positive que celle de déviation.

(1) Rudolf-Müller de Vienne sur 476 cas de syphilis latente a eu 241 cas avec Wassermann positifs, tandis que le Sachs-Georgi n'a été positif que dans 167 cas. Sur le nombre total de 1.367 cas de sérums syphilitiques, cet auteur a constaté 937 réactions de Wassermann positives alors que la réaction de Sachs-Georgi n'a été positive que dans 628 cas. — Gæhtgens sur 1.102 cas a trouvé 185 Wassermann très positifs pour 133 Sachs-Georgi très positifs. Par contre Baumgärtel trouve que le Sachs-Georgi est plus sensible que le Wassermann.

En effet, sur 34 cas de syphilis latente à réaction discordante nous avons trouvé 20 cas avec Wassermann positif pour 14 cas de Sachs-Georgi positifs (avec Wassermann négatif). Müller de Vienne fait la même constatation.

### *Statistique générale du travail.*

Wa +	S. G. +	33 cas	5,2 o/o
Wa +	S. G. —	57 cas	9, o/o (1)
Wa —	S. G. —	524 cas	82,1 o/o
Wa —	S. G. +	24 cas	3,7 o/o

Notre pourcentage de discordance (12,7 o/o) peut s'expliquer en partie par le fait que nous n'avons tenu compte que des floculations franchement positives, tandis que les autres auteurs considèrent comme positives des réactions souvent douteuses.

### *Valeur pratique de la réaction de Sachs-Georgi.*

La technique extrêmement facile de la réaction de Sachs-Georgi, sa spécificité suffisante lui confèrent une valeur pratique indéniable (Schultz). En effet, nous avons affaire à une réaction qui peut être pratiquée dans le laboratoire le plus modeste (Murto), après un apprentissage rapide, ce qui n'est nullement le cas des réactions de fixation. Ainsi s'explique son succès dans les pays slaves et germaniques, où le dénuement des laboratoires ne permettait souvent pas l'entretien d'animaux indispensables à la réaction de Wassermann (Grutz).

La réaction de Sachs-Georgi étant presque aussi sensible que celle de Bordet-Wassermann, aux périodes de latence, elle pourra être utilisée pour juger les effets thérapeutiques des agents anti-syphilitiques et diriger le traitement (Wilk, Walther, Müller).

Nous rappellerons cependant qu'en pleine période primo-secondaire, le Sachs-Georgi peut donner une réaction négative alors que la réaction de Bordet-Wassermann est très positive (Leonhardt, nous-mêmes).

Au point de vue strictement pratique, ce fait n'a pas une importance considérable, vu qu'à cette période de la maladie

(1) Sur ces 57 cas négatifs, d'après la réaction de Sachs-Georgi, 15 cas présentaient une très légère floculation dont nous n'avons pas tenu compte.

l'examen clinique suffit généralement pour permettre le diagnostic de la nature des lésions. Certains auteurs, entre autres Grutz, Lipp, Weise admettent que le Sachs-Georgi peut ou même doit remplacer le Bordet-Wassermann.

### CONCLUSION

Nous estimons que la réaction de floculation de Sachs-Georgi présente un grand intérêt pour les raisons suivantes :

a) Elle présente une spécificité suffisante, si l'on ne peut dire absolue à l'heure actuelle.

b) Sa sensibilité est en général moindre que celle des réactions de déviation du complément, mais elle s'en rapproche beaucoup à la période de latence.

c) Dans l'état actuel de nos connaissances, la réaction de Sachs-Georgi doit être pratiquée parallèlement à celle de Wassermann, les deux réactions se complétant et se contrôlant mutuellement (Nestschadimenko et Sysak, Ermiloff et Natidze, Togunova, Gaehtgens, Schultz, Radaeli, Logan, Lombardo). On a ainsi la possibilité d'obtenir le maximum de certitude scientifique (Stern).

Pour terminer ce travail, nous rappellerons que la réaction de Bordet-Wassermann, à ses débuts, elle aussi, prêtait le flanc à bien des attaques. Elle donnait des résultats négatifs dans des cas de syphilis évidente ; elle était soi-disant positive dans de nombreuses affections, non syphilitiques.

Ce n'est que lentement qu'on a appris à connaître dans quelles circonstances cette réaction a toute sa valeur, et dans quelles autres elle ne saurait répondre. Nous pensons qu'il en est de même pour la réaction de Sachs-Georgi et que seule la sanction du temps et d'une longue expérience montrera la valeur des réactions de floculation ainsi que les circonstances cliniques où l'on peut se fier absolument à leurs résultats.

### BIBLIOGRAPHIE

1. H. SACHS et W. GEORGI. — Le sérodiagnostic de la syphilis par la réaction de floculation au moyen d'antigène cholestériné. *Medizinische Klinik*, n° 33, 1918, p. 805.
2. NATHAN ERNEST. — Le diagnostic sérologique de la syphilis par la



- réaction de floculation d'après Sachs-Georgi. *Medizin. Klinik*, n° 41, 1918, p. 1007.
3. NATHAN et WEICHBRODT. — Le-diagnostic sérologique des affections nerveuses par la réaction de floculation. *Munchen. Medizin. Wochenschrift*, n° 46, 1918.
  4. LIPP HANS. — Le sérodiagnostic de la syphilis, par les réactions de floculation, au moyen de l'antigène cholestériné d'après Sachs-Georgi. *Medizin. Klinik*, n° 50, 1918, p. 1235.
  5. GEORGI W. — Le sérodiagnostic de la syphilis par les réactions de floculation, en particulier par la méthode de Sachs-Georgi. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 13, t. LXVIII, p. 193, 1919.
  6. BLUMENTHAL. — Les réactions de Sachs-Georgi. *Berliner Dermatol. Gesellschaft in Dermatolog. Wochenschrift*, p. 190, n° 12, t. LXVIII, 1919.
  7. HILDEGARD BORMANN. — L'emploi de la réaction de Sachs-Georgi en clinique. *Dermatol. Wochenschrift*, n° 52, p. 828, 1919.
  8. LEENS. — Les réactions de Wassermann et de Sachs-Georgi. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, n° 21, 1919.
  9. ZIMMERN. — L'emploi de la réaction de floculation de Sachs-Georgi en clinique. *Dermatol. Wochenschrift*, n° 33, t. LXIX, p. 523, 1919.
  10. MORESCHI C. — La signification et la valeur clinique de la réaction de Sachs-Georgi pour le diagnostic de la syphilis. *Hématologica*, t. I, pp. 222-242, avril 1920.
  11. SALEN ERNEST. — Résultats de la réaction de Sachs Georgi dans lesang et le liquide céphalo-rachidien. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 1, fasc. 1, Upsala, 1920.
  12. VALLILLO et SCOMAZZONI. — Recherches comparatives sur la réaction de Wassermann et celle de Sachs-Georgi. *Giornale Italiano delle malattie venere e della pelle*, fasc. 5, 1920.
  13. MURTO J.-A. — La réaction de Sachs-Georgi comme succédané de la réaction de Wassermann. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 1, fasc. 1, Upsala, 1920.
  14. GEHTGENS. — De la réaction de floculation de Sachs-Georgi et de Meinicke pour le séro-diagnostic de la syphilis. *Archives de dermatologie et syphiligraphie*, t. CXXIX, 1921, Berlin Ed. Springer.
  15. GRÜTZ O. — La valeur clinique de la réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis. *Ibid.*, t. CXXXIV, 1921.
  16. SCHULTZ MARTHA. — Sur la spécificité du Sachs-Georgi dans la syphilis. *Ibid.*, t. CXXXV, 1921.
  17. BAUMGENTEL TR. — La réaction de Wassermann et de Sachs-Georgi dans la syphilis. *Münchener Medizin. Wochenschrift*, n° 8, p. 235, 1921.
  18. STERN M. — La réaction de Sachs-Georgi et la troisième modification de la réaction de Meinicke. *Zeitschrift für Immunitätsforschung*, t. XXXII, p. 167, juillet 1921.
  19. WILK KARL. — Réaction originale de Wassermann. Méthode à froid. Réaction de floculation d'après Sachs-Georgi. *Centralblatt für Bakteriologie*, t. LXXXVI, p. 169, 1921.
  20. TANIGUCHI TENJI. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wassermann. *British Journal of Experimental Pathology*, t. II, n° 1, 1921.
  21. L. DE CASTRO FREIRE et ANTONIO DE MENEZES. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis héréditaire. Réunion biologique de Lisbonne, 14 mai 1921. In *C. R. Société de Biologie*, t. LXXXIV, p. 989.



22. CORRAZZINI J. — Contribution à l'étude de la réaction de Sachs-Georgi pour le sérodiagnostic de la syphilis. *Thèse de Lyon*, 1921.
23. WEISE. — Comparaison de la valeur de la séroréaction de Sachs-Georgi avec celle de Wassermann. *Dermatol. Wochenschrift*, t. LXXIII, n° 46, pp. 1093-1095, 1921.
24. RADAELI, ALESSANDRO. — La méthode de Hecht et la réaction de Sachs-Georgi comparée à celle de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis. *Journal italien des maladies vénériennes et de la peau*, t. LXII, n° 5, pp. 506-522, 1921.
25. MIANI. — La déviation du complément et la floculation dans la réaction de Wassermann et de Sachs-Georgi. *Giornal. de Clinic. Med.*, t. X, pp. 367-369, 1921.
26. SACHS H. — Le diagnostic sérologique de la syphilis au moyen de la réaction de floculation et sa signification biologique. *Aertzliche Fortbildung*, octobre 1921, pp. 6-18.
27. TANNENBERG. — Contribution à la théorie et à la pratique des réactions de Sachs-Georgi et de Wassermann. *Zeitschrift für Immunitäts-Forschung*, t. XXXII, pp. 381-409, 1921.
28. SACHS et SAHLMANN. — La signification biologique des floculats se formant dans les réactions sérologiques de la syphilis. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, n° 37, pp. 1083-1085, 1921.
29. MEINER P. A. — Quelques observations concernant la technique et les résultats de la réaction de Sachs-Georgi en Dermato-syphiligraphie. *Rev. Medica*. n° 35, pp. 824-825, 1921.
30. LEVINSON S. — Réaction de floculation dans la syphilis et plus spécialement celles de Meinicke et de Sachs-Georgi. *American Journal of Syphilis*, t. V, n° 3, pp. 414-438, 1921.
31. KLOSTERMANN et WEISBACH. — La composition chimique des floculats dans la réaction de Sachs Georgi. *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 37, pp. 1092-1094, 1921.
32. TANIGUCHI et YOSHINARE. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis et sa comparaison avec la réaction de Wassermann dans plus de 1.500 cas. *British Medic. Journal*, n° 3 163, pp. 239-240, 1921.
33. LOGAN. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis. *Lancet*, vol 200, n° 1, pp. 14-16, 1921.
34. SCHERER. — La théorie de la réaction de Sachs-Georgi. *Munchner Mediz. Wochenschrift*, n° 2, pp. 43-44, 1921.
35. MÜLLER G. — Etude comparée du diagnostic de la syphilis par la réaction de Wassermann par la même réaction modifiée par Stern et par la réaction de Sachs Georgi. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 11, pp. 253 à 256, 1921.
36. LOMBARDO M. — La réaction de Sachs-Georgi. *Annales de Médecine clinique*, n° 4, pp. 415-424, 1921.
37. NIEDERHOFF P. — De la nature chimique des floculats dans les réactions de Sachs-Georgi et de Meinicke. *Munchner Med. Wochensch.*, n° 11, pp. 330-331.
38. LEONHARDT. — Expériences concernant la réaction de Sachs-Georgi. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, n° 10, pp. 267-269, 1921.
39. LEVINSON et PETERSEN. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis. Comparaison de cette réaction avec celle de Wassermann dans 1.000 cas. *Archiv. de Dermatol. et de Syphiligr.*, t. III, n° 3, pp. 286-294, 1921, Chicago.
40. SACHS H. — L'influence de la température et de la concentration

- saline pour le diagnostic de la syphilis par les méthodes de floculation. *Archives de Dermatologie et de Syphiligr.*, vol. 132, pp. 17-23, 1921.
41. GAERTGENS W. — Sur la spécificité des réactions de floculation de Sachs-Georgi et de Meinicke. *Dermatol. Wochenschrift*, t. LXXIII, n° 27, pp. 724-728, 1921.
43. NICOLAU et BANCILU. — Recherches biologiques sur la réaction floculante de Sachs-Georgi dans la syphilis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. III, 1922, p. 97.
44. GERBAY. — Enquête sur la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis. *Annales des maladies vénériennes*, octobre 1921, pp. 603-606.
45. HARRISSON et WYLER. — Rapport sur le sérodiagnostic de la syphilis présenté à la II<sup>e</sup> Conférence Internationale de la Standardisation des sérums et des réactions sérologiques, Paris, 1922.
46. MULLER RUDOLF. — Recherches comparées sur les réactions de floculation d'après Dreyer, Meinicke et Sachs-Georgi. *Ibid.*
47. NESTCHADIMENKO et SYSSAK. — Réaction de Wassermann et de Sachs-Georgi. *Recueil de Microbiologie*, sous la direction du Prof. Korschun, Kharkoff, 1922.
48. ERMILOFF et NATIDZE. — Matériaux concernant la valeur du diagnostic de la syphilis par la méthode de Sachs-Georgi. *Ibid.*
49. TOGUNOVA. — Diagnostic de la syphilis par la réaction de Sachs-Georgi, *Journal de Médecine*, nos 1, 2, 3, Moscou, 1922.
50. VENTURELLI G. — Recherches expérimentales concernant le diagnostic de la syphilis au moyen de la réaction de Sachs-Georgi. *Morgagni*, Partie I, 1922.
51. RICE J.-W. — La valeur du Sachs-Georgi dans le diagnostic de la syphilis. *Journal of Inf. diseases*, t. XXXI, p. 444, novembre 1922.
52. D'AUNOY RIGNEY. — Etude comparative des réactions de Sachs-Georgi et du Wassermann. *Journal of Medic. Research*, t. XLII, n° 4, pp. 339-347.
53. WALTER. — La réaction de Sachs-Georgi dans la syphilis. *Przeglad Lekarski*, n° 8, pp. 77-80, 1921.
54. BECHHOLD H. — *Les colloïdes en biologie et en médecine*. Dresde et Leipzig, 1922.
-

## PEMPHIGUS TRAUMATIQUE CONGÉNITAL HÉRÉDITAIRE AVEC LÉSIONS DES PAROTIDES

Par M. A. LYON interne.

(Clinique de D. et S. de l'Université de Toulouse : Prof. CH. Aùdry).

La lecture de cette note et de la suivante (par M. Châtellier) fera clairement comprendre pourquoi nous avons préféré la dénomination de Pemphigus traumatique, utilisée par Brocq dans la *Pratique Dermatologique* à celle d'Epidermolyse bulleuse héréditaire.

G..., 45 ans, roulier, est un homme de taille moyenne, relativement intelligent ; à deux ans des bulles à contenu généralement clair, quelquefois hémorragique, ont apparu chez lui, d'abord aux pieds et aux mains, puis aux genoux et aux coudes, à l'occasion de légers traumatismes ; dans sa dixième année il est hospitalisé pour une éruption prurigineuse de pustules (?) couvrant le tronc, éruption à laquelle le malade rattache avec assurance les nombreuses cicatrices visibles sur cette partie du corps ; à onze ans il reste alité dix-huit mois pour une affection indéterminée, peut-être nerveuse (impotence fonctionnelle d'emblée absolue qui rétrocede lentement sans séquelles) ; pendant cette période de repos forcé, les bulles ont cessé d'apparaître pour se manifester à nouveau, la vie active sitôt reprise ; dès lors après chaque traumatisme un peu violent, des phlyctènes apparaissent ; leur siège d'élection est la face dorsale des mains et des pieds, les genoux et les coudes ; plus rares aux avant-bras et aux cuisses, elles n'ont jamais siégé, au dire du malade, sur le tronc, la face, le cou, ni sur la muqueuse buccale. Aux endroits blessés, les bulles se forment en quelques heures, citrines ou sanguinolentes et subsistent une quinzaine de jours ; elles se dessèchent peu à peu, une mince croûte se forme, puis tombe en laissant un épiderme réformé : parfois elles se rompent et s'infectent.

Exempté du service militaire pour cette affection, le malade s'est marié : femme en bonne santé : ni fausses couches, ni enfants.

Le malade dont l'état général est excellent s'est présenté à la clinique dermatologique pour faire panser quelques bulles infectées.

Il présente sur le tronc, surtout au thorax et dans les régions sus-épineuse et scapulaire, de multiples cicatrices, ovalaires, de la taille

d'une lentille à celle d'un gros pois; la peau y est fine et blanchâtre, comme gaufrée; quelques éléments identiques sur le cou et les avant-bras. Au dos des mains, au niveau des doigts, bulles en partie affaissées, alternant avec des traces arrondies d'anciens éléments du même ordre; là, la peau est amincie, rouge-brun, l'épiderme plissé.

Paumes des mains intactes; tous les ongles sont ou totalement absents ou remplacés par de petites masses cornées de faible dimension; mêmes malformations unguéales du côté des orteils; nombreuses traces de bulles à la face dorsale des pieds avec, du côté droit au niveau de la malléole externe, une bulle bien tendue à contenu citrin, du diamètre d'une pièce de cinq francs; une bulle sanguinolente au-dessus de la rotule: à gauche trois plaies arrondies, aboutissants manifestes de bulles infectées.

Pas de kystes épidermiques; pas de signe de Nikolsky; de légers traumatismes n'ont pu faire apparaître de phlyctènes.

Au niveau de la face, légère déformation due à l'hypertrophie symétrique des parotides, dont la consistance n'est pas modifiée; salivation normale: pas de modification apparente des autres glandes salivaires et des lacrymales; thyroïde normale.

Les cheveux sont abondants et foncés; le malade présente un léger degré d'hyperidrose; il n'a pas remarqué d'influence de la température sur la production des bulles.

Examen du sang: hématies 6.800.000

leucocytes 7.300

Polynucléaires neutrophiles . . .	66 o/o
» éosinophiles . . .	5 —
Grands mononucléaires. . . . .	9 —
Moyens mononucléaires. . . . .	8 —
Lymphocytes . . . . .	12 —

Réaction de Wassermann négative.

Le liquide de bulle contient quelques débris de cellules épidermiques et pas d'éosinophiles.

Légère sympathicotomie (réflexe oculo-cardiaque: épreuve du nitrite d'amyle).

Traces d'albumine dans les urines.

Le malade affirme qu'il est le seul membre de sa famille atteint d'éruption bulleuse; il est fils unique, de parents non consanguins; *sa mère tout comme lui n'a jamais eu d'ongles, ni de cils, avec légère hypertrophie parotidienne*; un oncle maternel présenterait, d'après le malade une hypertrophie très nette des parotides.

Les observations de ce genre sont devenues bien nombreuses, puisque Edouard Hachez disait récemment en connaître 500; celle que nous publions n'aurait donc pas beaucoup d'intérêt si elle ne soulevait un problème pathologique de plus en plus dis-

cuté et ne présentait une association non encore signalée : une lésion parotidienne.

1° Depuis longtemps l'on a essayé de distinguer parmi les pemphigus traumatiques congénitaux ou épidermolyses bulleuses héréditaires, deux grandes variétés suivant que les bulles étaient ou non associées à des troubles trophiques, d'ailleurs variés ; actuellement il ne semble pas possible d'accepter une distinction réelle entre ces deux formes : ce ne sont que des modalités, et les dystrophies ou les bulles peuvent manquer ou être présentes chez différents sujets faisant partie d'une même famille, porteurs de dystrophies et, par conséquent, atteints de la même maladie. Il y a donc certainement unité. Sans entrer dans de plus amples détails, nous dirons seulement qu'en Amérique et en Allemagne principalement, on a tenté d'appliquer à l'hérédité humaine, les lois bien connues de Mendel : *a priori*, il ne semble pas très juste de mettre sur le même plan les espèces ou sous-espèces végétales ou animales et les lignées humaines ; d'autre part la complication et l'intrication de celles-ci sont telles qu'il paraît presque impossible d'y retrouver des linéaments précis. Cependant des tentatives ont été faites et il se trouve que précisément l'épidermolyse bulleuse héréditaire a servi de test à quelques observateurs.

On sait qu'on entend par caractère *dominant* le caractère qui se manifeste dès les premières générations et par caractère *récessif*, le caractère latent qui se révèle dans les générations ultérieures ; l'épidermolyse bulleuse est donnée comme un phénomène héréditaire à *caractère dominant* dans la statistique de Davenport et Plate (*in* Conklin, p. 177) ; d'autre part E. W. Siemens, entre autres, sépare encore les variétés, épidermolyse pure et forme dystrophique, précisément en attribuant un caractère dominant à la phlycténose, tandis que la variété dystrophique relèverait de l'hérédité récessive : il est juste d'ajouter que, toujours d'après Siemens, la phlycténose de l'épidermolyse bulleuse héréditaire, à *dominante* relève d'un processus histologique (acantholytique) différent de celui de la phlycténose associée aux dystrophies (épidermolytique). Mais il faut bien convenir que la lecture de notre observation n'est pas favorable à cette manière de voir ; dans la lignée de notre malade, en effet, ce n'est pas la phlycténose qui est la dominante, mais la dystrophie unguéale ; on trouve d'ailleurs des observations tout à fait identiques dans le travail de Karl Mayr et Katz : ainsi ces auteurs citent, outre

leurs propres faits (2 frères atteints l'un de phlycténose pure, l'autre de phlycténose avec dystrophie) un certain nombre d'observations histologiques qui ne s'accordent pas avec l'hypothèse de Siemens. Stühmer a vu un décollement total de l'épiderme dans une forme bulleuse pure et Linser décrit des bulles acantholytiques dans deux cas d'épidermolyse à forme dystrophique. Nous croyons donc pouvoir conclure que *rien jusqu'à présent ne permet d'appliquer les lois et la nomenclature ménéliennes à l'épidermolyse bulleuse héréditaire dystrophique ou non.*

2° Au reste une question toute différente se pose : l'hérédité, dont l'influence est ici primordiale, s'exerce-t-elle en tant qu'hérédité épidermique ou bien en tant qu'hérédité générale ? Cela revient à se poser la question du mécanisme pathogénique des bulles comme de ceux des autres malformations.

Y a-t-il lésion élémentaire et initiale de l'ectoderme, ou y a-t-il lésion de l'ectoderme consécutive à d'autres altérations ? C'est à ce propos que nous désirons attirer l'attention sur l'existence des altérations remarquables des parotides chez notre malade. Quelle signification faut-il leur attribuer ? Sont-elles une cause ou sont-elles associées ? A vrai dire nous n'en savons rien. Que la parotide seule ou associée aux sous-maxillaires et aux lacrymales, puisse jouer un rôle endocrinien, pathologique ou non, c'est là un fait qui paraît de plus en plus probable ; nous renvoyons à ce sujet au travail que MM. Daunic et Laurentier ont publié récemment dans ces annales ; mais dans les cas qui nous occupent, tout est encore douteux : nous n'avons pas connaissance de lésions parotidiennes signalées chez les sujets atteints de pemphigus traumatique congénital et héréditaire ; peut-être ont-elles passé inaperçues dans un certain nombre de cas : cependant il ne faudrait pas croire qu'on n'ait pas déjà signalé des faits du même ordre : ainsi Stühmer signale 2 cas dans lesquels le corps thyroïde et les surrénales étaient troublés dans leur fonctionnement : chez le malade de Linser, il y avait un syndrome de Raynaud à peu près complet (Notons en passant qu'il s'agit précisément du syndrome de Raynaud dans les cas étudiés par MM. Daunic et Laurentier).

En somme les observations les plus récentes signalent des troubles angioneurotiques (hyperidrose, cyanose, etc...) qui permettent difficilement de limiter à l'épiderme et aux phanères la maladie dont il s'agit ici.

Concluons donc que *s'il n'est pas possible de mettre sous l'influence immédiate de la lésion parotidienne les altérations présentées par notre malade et sa mère, il serait bien imprudent toutefois de n'y pas attacher de signification* : une pareille opinion paraîtra d'autant plus probable que l'on se souviendra des recherches actuelles qui font jouer un rôle de plus en plus actif aux hormones, dans les processus les plus intimes de l'hérédité normale et pathologique.

La plus sage est pour le moment d'admettre que tous les symptômes décrits plus haut trahissent *une hérédité pathologique en bloc*.

### BIBLIOGRAPHIE

Sur les questions d'hérédité nous conseillons la lecture du livre élémentaire de E. G. CONKLIN, traduit par HERLAND « *L'Hérédité et le milieu* » Paris 1920.

Pour le pemphigus traumatique on trouvera des données suffisantes dans :

BROcq. — Article Pemphigus de la *Pratique Dermatologique*.

HALLOFEAU. — Note sur la dermatose bulleuse héréditaire (*Annales de Dermatologie et de Syphilitigraphie*, 1898, page 721).

H. W. SIEMENS. — Studien über Vererbung von Hautkreiten : Epidermolysis bull. hered. (Bullosa mechanica simplex) *Arch. für Dermat. u. Syphilis*, 1922, tome CXXXIX, page 45.

H. W. SIEMENS. — Über die Differentialdiagnose der mechanisch bedingten Blasenaußschläge mit Beiträgen zur Kasuistik der sog. Epidermolysis bullosa (*Bul. mech. symptomatica und Bull. spontanea congenita*) und der hereditären Dermatitis herpetiformis. *Arch. für Dermat. u. Syphilis*, 1922, tome CXXXIX, page 81.

S. R. MAYR und R. KATZ. — Zur Frage der Epidermolysis bullosa hereditaria *Arch. für Dermat. u. Syphilis*, 1922, tome CXXXIX, page 215.

E. HACHEZ. — Über Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica. *Dermatologische Zeitschrift*, 1932, tome XXXVII, page 153.

Et pour le rôle endocrinien des parotides.

DAUNIC et LAURENTIER. — Lésions des parotides et syndrome de Raynaud contribution à l'étude des endocrinides syphilitiques. *Annales de Dermat. et de Syphilitigraphie*, 1923.



## PEMPHIGUS TRAUMATIQUE TARDIF NON HÉRÉDITAIRE

Par J. L. CHATELLIER,

(Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Toulouse,  
Prof. Ch. Audry).

L'observation suivante est à rapprocher de celle que vient de publier M. Lyon :

M. D..., 48 ans, industriel, est vu pour un chancre syphilitique de la verge, en juillet 1922. A cette époque, il se plaint d'une éruption incessante de bulles sur les doigts et les mains. L'affection a débuté environ un an auparavant. A l'occasion d'un choc assez violent, il a vu naître une bulle au point frappé. Depuis, le moindre traumatisme provoque la même lésion. Au moment où nous le voyons (janvier 1923), le malade porte en effet sur la face dorsale des doigts et des mains, dans les espaces interdigitaux, sur les poignets des bulles. Les unes sont récentes et contiennent un liquide citrin; les autres plus anciennes sont déjà purulentes, enfin d'autres ne sont plus que des surfaces érosives avec une fine collerette épidermique. Les bulles évoluent en 8-10 jours et ne laissent qu'une petite cicatrice éphémère, sauf quand l'infection a créé une ulcération. Les ongles et les rainures périunguéales sont respectés; les paumes sont intactes. Sur les pieds et le reste du corps, on ne constate rien. L'éruption reste toujours monomorphe. Elle n'est précédée ni de douleurs, ni de prurit, ni de sensations anormales. Le malade souffre parfois, quand il y a infection surajoutée. Pas de signe de Nikolski. Aucun médicament n'a été absorbé au début et dans le cours de la maladie, à part le traitement antisiphilitique postérieur d'un an au début de l'affection.

Le malade précise que dans sa famille personne, à sa connaissance, n'a rien présenté de semblable et que lui-même n'a rien eu d'analogue auparavant. Dans ses antécédents, on ne retrouve rien de notable.

L'examen du sang montre qu'il n'y a pas d'éosinophilie. Le liquide de bulles est très pauvre en éléments cellulaires et ne contient pas d'éosinophiles. Pas de levures, ni d'autres microorganismes (examen sur lames).

Le malade, revu en mars dernier, est dans le même état: les bulles se répètent incessamment.

Nous avons revu le malade en décembre 1923: bulles nombreuses,

se développant sous l'action de traumatismes insignifiants, méconnus par le malade. Depuis deux mois environ, naissance de petits kystes épidermiques, blanchâtres, durs, sans liquide, disposés tantôt en bouquets, tantôt en petits flots, tantôt isolés, sur les doigts et la face dorsale des mains. Apparition de lésions unguéales : stries transversales, ponctuations ; les paumes sont touchées. Le processus ne dépasse pas les mains et les poignets.

L'absence de toute intoxication, médicamenteuse ou autre, la permanence de l'éruption nous permettent d'éliminer le diagnostic d'érythème bulleux toxique.

L'indolence complète de l'éruption, l'absence de prodromes, l'absence d'éosinophilie sanguine et locale, l'aspect et l'évolution de la maladie, enfin l'importance du traumatisme nous font rejeter l'hypothèse d'une forme localisée de la dermatite de Duhring-Brocq.

Il ne s'agit pas, selon nous, du « pemphigus vrai bénin » décrit par M. Brocq, malgré les analogies : le traumatisme, dans notre cas, est prépondérant. Nous ne croyons pas non plus à une phlycténose récidivante des extrémités. En effet, dans cette dernière affection, les poussées sont séparées par des périodes de guérison apparente ; le début en est toujours précoce, le traumatisme n'intervient pas dans la formation des phlyctènes. Cependant, il faut bien reconnaître que les formes frustes, décrites par notre maître, offrent avec le cas actuel une vive ressemblance : les lésions unguéales y sont légères, tardives, parfois même elles n'existent pas. Par contre, nous pensons qu'on doit séparer de la maladie de Duhring-Brocq, aussi bien le pemphigus traumatique que la phlycténose, et pour les mêmes raisons (1).

En 1916, Sakaguchi a rassemblé des documents abondants sur le pemphigus traumatique héréditaire. Signalons que dans 84 observations sur 179, l'hérédité n'a pas pu être constatée et que souvent le début se faisait loin de l'enfance. Certes la forme héréditaire est la plus commune, mais on connaît des cas où l'hérédité n'a pas pu intervenir. C'est ainsi que Wise et Lautmann ont pu parler d'une « forme acquise ». Siemens n'accepte pas le terme, parce que, dit-il, il est fréquent de constater l'explosion tardive d'affections héréditaires et qu'il est difficile de faire la séparation entre les formes héréditaires tardives et les

(1) Voy. in *Annales de Dermatologie*, VI<sup>e</sup> série, t. II, p. 131, 1921, notre article sur la phlycténose récidivante et la maladie de Duhring-Brocq.

formes non héréditaires. Celles-ci, Siemens les groupe sous le nom de *Bullosis mechanica autonome*. Les unes s'accompagnent de lésions dystrophiques (lésions des ongles, kératomes, atrophies) : *Bullosis mechanica dystrophica*. Les autres surviennent au cours ou à la suite d'intoxications : *Bullosis mechanica toxica*. D'autres sont liées à des affections nerveuses : *Bullosis mechanica symptomatica*. Enfin, une dernière catégorie comprend les cas où le pemphigus est la seule lésion : c'est le *Bullosis mechanica tarda* et Siemens cite, avec réserves, deux observations, l'une de Buschke, l'autre de Silbley. Notre cas, au contraire, rentre bien dans ce groupe. Elle offre d'ailleurs quelques particularités intéressantes. Tout d'abord son début vraiment tardif, à 46 ans, à l'occasion d'un traumatisme, sa répétition constante au moindre choc, comme le malade l'a constaté à maintes reprises et sa localisation exclusive aux mains. La plupart des observations de pemphigus traumatique héréditaire ou non, insistent sur la fréquence des lésions aux mains et aux pieds, mais, à notre connaissance, on n'a jamais signalé cette atteinte des mains seulement. Le signe de Nikolsky, à plusieurs reprises, est resté négatif. Il n'en faut pas conclure, comme le fait remarquer Siemens, que le traumatisme est sans effet, car nos provocations sont beaucoup moins variées que celles du hasard. De plus, la durée et la nature de l'excitation sont certainement très importantes dans la genèse des bulles. A signaler particulièrement, l'apparition tardive des kistes.

La pathogénie de cette curieuse affection est difficile à établir. Pour le pemphigus héréditaire on a, tour à tour, invoqué la kératolyse, l'acantholyse, l'hyperidrose, l'inflammation, les auto-intoxications, une angioneurose. Sakaguchi, après ses recherches personnelles, n'en retient aucune en particulier. Pour ce qui touche notre malade, on a peine à croire à une propriété générale de tout l'épiderme, et, moins encore, à une malformation strictement limitée aux mains. Plus vraisemblable nous paraît l'hypothèse d'une angiotrophoneurose, à cause de la localisation étroite et de la symétrie des lésions.

Disons, pour terminer, que nous avons préféré au terme proposé par Siemens, le nom — modifié — choisi par M. Brocq : *Pemphigus traumatique tardif non héréditaire*. Ce nom indique clairement l'aspect, l'évolution de la maladie et le rôle du traumatisme. Il fait aussi valoir que l'hérédité ne doit et ne peut pas

toujours être invoquée, car, dans un cas comme le nôtre, elle ne joue manifestement aucun rôle (1).

(1) Pour la bibliographie, se reporter à l'article de M. Lyon. Voici l'indication du travail de Sakaguchi, indication qui n'y figure pas.

SAKAGUCHI, Ueber die Epidermolysis bullosa hereditaria Kôbner (Klinische histologische und pathogenetische Studien mit besonder Berücksichtigung der milienartigen Gebilde und der elastischen Fasern), *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1916, t. CXXI, p. 379 (fondamental).

MEINERI (Sopra un caso di epidermolisi bollosa, in *Giornale Italiano delle malattie veneree delle Lelle*, 1923. Vol. 64, page 1099) vient de publier un cas, identique au nôtre, de pemphigus traumatique non héréditaire, avec formation de kystes épidermiques, à l'âge de 24 ans.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### **Acanthome.**

Sur l'acanthome de la muqueuse labiale, avec remarques sur la sol-disant papillomatose de la peau (Über Akantome der Lippen-schleimhaut nebst Bemerkungen über die sogenannte « Papillomatosis cutis » (Vollmer, Fantl), par A. ALEXANDER. *Acta Dermato-venereologica*, 1923, t. III, p. 51.

A. donne deux observations d'« acanthome » développé sur la muqueuse de la lèvre inférieure, plus ou moins linéairement, un peu massive de la portion exposée.

Au microscope : acanthose pure. Dans le premier cas (femme de 35 ans) acanthome essentiel initial ; dans le second, il s'agit aussi d'une femme, tuberculeuse et porteuse d'une langue scrotale.

A., à ce propos, examine les rapports possibles de cette lésion (distinguée des papillomes contagieux, verrues, etc.) des lésions acanthosiques bénignes (Vollmer) ou maligne (Fantl) qui ont été décrites sur la peau, et qui sont remarquables l'une et l'autre par leur ressemblance avec les végétations vulgaires.

CH. AUDRY.

### **Acanthosis nigricans.**

Un cas d'Acanthosis nigricans, par NICOLAS et LEBŒUF. *Lyon Médical*, 10 mars 1923, p. 209.

Femme de 58 ans présentant depuis six mois des lésions typiques d'acanthosis. Cette malade dont l'état général reste bon, a subi 3 ans auparavant une gastro-entéro anastomose pour ulcéro-cancer du pylore.

JEAN LACASSAGNE.

### **Amyloïdose cutanée.**

Sur l'amyloïdose de la peau (Zur Kenntnis der Amyloidosis der Haut), par C. GUTMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, 1923, t. XXXVIII, p. 65.

Après avoir rappelé les travaux relatifs aux altérations amyloïdes sous-cutanées retrouvées antérieurement (Schilder L.) chez les malades frappés de dégénérescence amyloïde, G. résume les observations de Kreibich qui avait vu deux fois chez des vieillards, des productions verruqueuses à structure amyloïde. Kenedy a vu des placards de même nature au cours d'une acrodermatite atrophique. Enfin, Königs-tein a signalé 2 cas où la lésion se manifestait sous forme de papules brunes du thorax, sans dégénérescence amyloïde des viscères.

G. a vu un homme de 25 ans présentant depuis plusieurs années des efflorescences brunes disséminées sur les jambes et les avant-bras, dures, épaisses, sèches, entourées d'une zone pigmentaire. Histologiquement, la lésion peut être résumée en une petite zone d'hyperkératose circonscrite probablement autour d'un ostium folliculaire, et séparée par un épiderme un peu atrophique d'une zone amyloïde occupant la région papillaire ; cette zone amyloïde renferme des noyaux singuliers dont quelques-uns sont remplis de pigment, ce dernier se retrouve dans l'épaisseur de l'épiderme.

La pathogénie est complètement incertaine, G. est disposée à croire que la lésion initiale est représentée par l'hyperkératose.

CH. AUDRY.

### Angiolupoïde.

Sur l'histologie et clinique de l'angiolupoïde et ses relations avec l'angiokératome (Zur Klinik und Histologie des Angiolupoids sowie seiner Beziehungen zum Angiokeratom), par A. POKORNY, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLIII, p. 66.

P. rappelle la description initiale de Brocq et Pautrier et donne l'observation d'une fille de 13 ans présentant sur un pied (droit) des éléments éruptifs apparus simultanément, la disposition cunéiforme, en placards vascularisés et hyperkératosiques. Au microscope : angio-tuberculose hyperkératosique.

Il s'agit de néoformations vasculaires d'origine toxituberculose. P. distingue nettement l'angiokératome vrai de Mibelli, mais observe que la lésion angiokératosique peut être provoquée par une foule d'autres causes (médicamenteuses, toxiques, simplement passives, etc., etc.).

CH. AUDRY.

### Angiome caverneux.

Etude sur l'hérédité des maladies cutanées (angiome caverneux et telangiectasies) (Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. Gefäss-mäler und Teleangiectasien), par H. HINLE.

A propos d'un cas de maladie de Osler-Chiari (angiomes multiples héréditaires et familiaux de la peau et des muqueuses de la face avec épistaxis, H. recherche les caractères héréditaires. Mais l'examen des faits publiés jusqu'à ce jour ne lui permet de poser aucune conclusion précise à ce sujet.

(H. donne l'indic. de 20 cas).

### Bouton d'Orient.

Cas de trois boutons d'Orient au visage dont deux probablement dus à des métastases par voie lymphatique, par STANCANELLI. *Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, fascic. I, 1923, p. 37.

Une jeune fille de 20 ans a eu le premier bouton au milieu du front, le second dans la région zygomatique, le troisième au devant du tragus ; ceux-ci survinrent deux mois après le premier.

D'un aspect assez caractéristique, ces boutons contenaient les corpuscules de Wright mis en évidence par le Giemsa. Un enfant de 8 ans observé à cette époque guérit rapidement par trois injections d'émétine pratiquées autour d'un bouton situé à la joue, mais avec nécrose et cicatrice. La jeune fille traitée uniquement par des cataplasmes de riz cuit et des applications légères d'ichthyol guérit en 14 mois, mais avec des cicatrices peu marquées. L'auteur admet que dans ce cas les deux derniers boutons se sont produits par métastase par voie lymphatique, plutôt que par inoculations successives.

F. BALZER.

**Cancer cutané.**

Sur le cancer primitif multiple de la peau (Ueber primäre multiple Haut Karzinose), par J. K. MAYR. *Dermatologische Zeitschrift*, 1923, t. XXXVII, p. 207.

Un homme de 50 ans a présenté 15 ans auparavant des accidents septico-pyohémiques, peut-être érysipélateux, lesquels laissèrent après eux des taches molles, rouges, sans tendance vers une évolution maligne, non modifiés par la radiothérapie et histologiquement constitués comme un épithélioma basocellulaire. La plus étendue de ces lésions occupe le dos, il s'y en trouve 2 autres plus petites et 6 autres sur la face antérieure du tronc.

Ces faits ne sont peut-être pas rares, mais on en a peu publié, peut-être faute d'examen histologique capable de les faire reconnaître. Il est remarquable qu'un certain nombre de sujets ont présenté des accidents infectieux.

Il paraît vraisemblable de les envisager comme rentrant dans la classe des névi.

CH. AUDRY.

Essai sur l'étiologie du cancer, par M. J. MAGROU. *Presse Médicale*, 28 mars 1923.

L'œuvre des histologistes qui est considérable a abouti à une classification des tumeurs de structures diverses. En cela elle a rendu de grands services ; mais sur la genèse et l'évolution des tumeurs elle ne nous apprend rien. M. expose clairement les vues de caractère encore largement théorique qui ont été proposées, et qui font entrevoir la possibilité d'orienter dans un sens déterminé les recherches expérimentales relatives à l'étiologie des tumeurs. Remontant à l'origine c'est-à-dire à l'œuf, et ayant rappelé les étapes de la division karyokynétique, M. montre que dans un tissu déterminé des cellules subissant des divisions en nombre moyen aboutiront à la formation soit de tumeurs bénignes, soit de tumeurs malignes, si le processus est plus intense ; et alors les rapports nombreux entre le tissu hyperplasie et les tissus voisins sont détruits, les cellules néoformes envahissent les tissus voisins. Quel est le facteur qui détermine la segmentation cellulaire ? Nous le savons pour l'œuf ; pour certaines plantes, orchidées, c'est un parasite qui provoque cette division cellulaire. Or le facteur qui agit à l'état normal semble devoir être le même pour les tumeurs, mais avec une intensité accrue. Jusqu'ici il n'a été possible que de greffer des cancers, sauf dans le cas des sarcomes de volailles qui a été reproduit par inoculation d'un virus filtrant. Chez les plantes « crowns galls » comparables au cancer, qui peuvent être greffées, qui donnent des tumeurs secondaires à distance. M. Erwin Smith a pu isoler une bactérie, *bacterium tumefaciens*, dont l'inoculation reproduit des tumeurs identiques. Mais il semble bien que ces actions parasitaires soient d'ordre physique ; dans tous les cas on a pu substituer à l'action complexe des agents biologiques, spécifiques des facteurs physico-chimiques simples, d'ordre banal. « On peut donc se demander s'il n'existerait pas un facteur physico-chimique »



capable de déclencher la division karyokinétique des cellules et dont l'action se trouverait exagérée dans les cas de cancer. Les données récentes relatives à l'influence des radiations sur l'évolution des tumeurs fournissent à cet égard des suggestions intéressantes, elles vont amener à considérer la genèse des tumeurs comme un phénomène de résonance ».

M. rappelle en quoi consiste la résonance, et expose les théories de Perrin sur la tumeur et les transformations de la matière. Expérimentalement dans un tissu soumis à un rayonnement intense et de fréquence très élevée tels que les rayons  $\gamma$  du radium, on voit les karyokinèses se multiplier prodigieusement. « Sous l'influence d'une lumière de fréquence très élevée ou d'une radiation corpusculaire équivalente émise par un élément radio-actif banal, tel que le potassium, les cellules entrent en vibration, c'est-à-dire en karyokinèse pourvu qu'elles soient sensibles à cette lumière, c'est-à-dire accordées à la fréquence qui les caractérise. A l'état d'équilibre normal ce processus aboutit à la production de karyokinèses nécessaires à la croissance et à la régénération des tissus. Mais si pour une raison quelconque l'équilibre est rompu, si l'intensité de la radiation excitatrice s'accroît le nombre des karyokinèses s'accroît aussi et il se formera une tumeur ». On voit le rôle important, possible de la perméabilité sélective des membranes cellulaires dans le déterminisme de la segmentation cellulaire.

H. R.

**Le cancer arsenical. avec remarques sur d'autres lésions cutanées arsenicales** (Arsenkrebs mit Bemerkungen über andere kutane Arsenwirkungen), par A. Fuss, *Dermatologische Zeitschrift*, 1923, t. XXXVII, p. 257.

L'arsenic peut déterminer des altérations cutanées susceptibles d'être confondues avec la maladie d'Addison ou d'autres pigmentations diffuses ou localisées, avec la syphilis (formes papulo-pustuleuses, la scarlatine, etc.). Il peut provoquer des zonas, déterminer des altérations psoriasiformes ou pemphigoïdes et surtout des cancers à début sous formes d'hyperkératose des pieds ou des mains, et s'accompagnant facilement de métastases.

La plupart des cancers des psoriasiques sont arsenicaux. Le vrai cancer psoriasique est très rare et solitaire, sans localisation spéciale, sans tendance à la généralisation.

CH. AUDRY.

**Sur le lentigo malin, une rare et spéciale forme de cancer de la peau** (Über Lentigo maligna, eine seltene, besondere Form des Hautcarcinoms), par G. Kob. *Bran's Beitr. g. klin. Chirurg.*, t. CXXVII, 1922, p. 709. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1923, t. VII, p. 494.

R. s'attache à distinguer le lentigo malin du mélanome. Histologiquement, il consiste en une végétation épithéliale en profondeur, avec formation de cellules géantes, puis de la kératinisation et de l'hyperkératose, un carcinome épithélial kératinisant. Autour du

tissu néoplasique, chromatophores inclus, qui sont dus à l'activité des cellules épithéliales en prolifération.

Le lentigo malin est une tumeur particulière caractérisée par l'apparition du pigment corrélative au développement de la tumeur.

CH. AUDRY.

**Epithelioma et lupus érythémateux** (Epitheliom und Lupus erythematoses), par BOGROW, *Dermatologische Zeitschrift*, 1923, t. XXXIX, p. 83.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, porteur de foyers multiples de lupus érythémateux ayant débuté 24 ans auparavant (face, cuir chevelu, doigts) et traité par toute espèce de méthodes y compris la radiothérapie. Epithelioma de la joue gauche, vérifié par l'examen histologique.

Il est probable que la radiothérapie a joué un rôle actif.

CH. AUDRY.

### **Cheveux et cuir chevelu.**

**Contribution à la connaissance de la fine circulation sanguine du cuir chevelu**, par VERSARI. *Ricerche Morfologica*, vol. III, f. I, 1923.

Travail orné de bonnes figures qui montrent le réseau injecté des vaisseaux veineux du cuir chevelu humain plus abondant que dans d'autres régions ; il est, en effet, étendu à toute l'épaisseur du derme et non seulement aux tiers moyen et inférieur. Les veines signalées par Spaltholz dans d'autres régions de la peau et en rapport avec la sécrétion de la lymphe sont nombreuses dans le cuir chevelu ; elles suppléent le réseau veineux principal en cas de réplétion excessive. Les figures montrent fort bien la disposition du système capillaire du tissu adipeux cutané qui exerce une fonction thermorégulatrice. Presque fluide à la température de 37° ce tissu ne s'oppose pas aux mouvements des muscles arrecteurs des poils ; il diminue autour des bulbes pileux dans la phase qui précède la chute des poils.

F. BALZER.

**La résistance des cheveux à certains soi-disant stimulants de leur croissance** (The resistance of hair to certain supposed growth stimulants), par TROTTER *Arch. of Dermat. and Syph.*, janv. 1923, p. 93.

Un certain nombre de personnes de bonne volonté ont consenti à expérimenter sur elles l'action prolongée du pétrole, de la lumière solaire et du rasoir.

Quatre femmes âgées de 22 à 26 ans ont appliqué deux fois par semaine pendant huit mois du pétrole sur une cuisse, l'autre servant de témoin. Douze autres jeunes femmes ont exposé l'un de leurs avant-bras à l'action du soleil pendant toute la durée d'un printemps et d'un été. Trois femmes se sont rasé une cuisse deux fois par semaine pendant huit mois. Dans aucun de ces cas on n'aurait constaté d'augmentation des duvets par comparaison avec le côté opposé et T. conclut que la soi-disant action stimulante de ces agents physiques ou chimique sur la croissance des poils n'est prouvée par aucun fait certain.

S. FERNET.

**Neurodermite décalvante** (*Neurodermitis decalvans*), par C. KREIBICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLIV, p. 15.

Femme de 47 ans. La maladie a débuté 2 ans auparavant par une poussée de placards prurigineux disséminés sous forme de nodules de prurigo, de lichen ortié, très prurigineux, excoriés et croûteux semblables à de l'eczéma scabiétique. Sur la région occipito-sincipitale, les lésions s'installent à demeure, la peau s'enflamme, les cheveux tombent. Pas de folliculite, cependant la peau s'atrophie par plaques, sans cicatrices, ni folliculite, s'épaissit, se lichenifie, se kératose, tout à fait comme une grave neurodermite qui est devenue alopeciante.

H. rappelle à ce sujet quelques observations antérieures comparables, réunies par Strassberg.

Il discute le *lichen spinulosus*, la vaselinodermie (d'Oppenheim) la folliculite de Calvarède, certaines formes de kératose, etc.

CH. AUDRY.

**Sur l'alopecie kératosique tuberculeuse** (*Über Alopecia keratosa tuberculosa*), par S. MINAMI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLIII, p. 15.

Un jeune paysan japonais de 23 ans sans traces de tuberculose clinique, et avec une réaction négative à la tuberculine, mais anémique, présente sur tout le cuir chevelu de petites papules hyperatosiques avec taches cicatricielles alopeciantes.

Au microscope, lésions d'hyperkératose folliculaire accompagnées d'infiltrats nettement tuberculoïdes (cellule géante, etc.).

M. rapproche cette lésion du *lichen scrofulosorum*. CH. AUDRY.

### **Chloasma utérin.**

**Le pouvoir antitoxique du sérum des femmes enceintes avec Chloasma utérin contre les surrénales (Recherches réfractométriques)** [Das Abbauvermögen des Serums Gravidar mit Chloasma Uterinum gegenüber Nebenniere (Refraktometrische Untersuchungen)], par F. FISCHL, in *Dermatologische Zeitschrift*, t. XXXVIII, p. 209, 1923.

Il est acquis aujourd'hui que le C. U. est en rapport avec le fonctionnement de la thyroïde, de l'hypophyse, et surtout des surrénales dont on a constaté l'hypertrophie au cours de la grossesse. Depuis Abderhalden, on sait que le sérum des femmes enceintes possède un pouvoir antitoxique contre tout organe en hyperfonctionnement. D'autre part, Piegel et Crinis ont établi les indices de réfraction des sérums selon leur richesse en albumines des différents organes. Quand dans un sérum humain, on met un fragment d'un organe quelconque, ce fragment n'est pas altéré, si ce sérum ne contient pas un ferment lytique de cet organe; la teneur en albumine du sérum ne change pas, l'indice ne varie pas. Si ce sérum contient au contraire ce ferment lytique, une partie des protéines organiques est dissoute; d'où il résulte une variation de l'indice, variation mesurable au polarimètre. En appliquant cette méthode (v. pour les détails, trop longs, l'original), F. a trouvé chez 24 femmes enceintes avec C. U., des variations

importantes de l'indice. Chez des femmes enceintes sans C. U., variations faibles de l'indice. En dehors de la grossesse, chez les brunes, variations encore sensibles; chez les blondes, variations insignifiantes. Il existe donc dans le sérum des femmes gravides avec C. U. un ferment antisurrénal. Ces recherches confirment le rôle considérable que jouent les surrénales dans la genèse du pigment. Il faut noter que Biedl a toujours rencontré chez les noirs des surrénales volumineuses et surchargées de pigment.

L. CHATELLIER.

### **Cholestérinhémie.**

**Dermatoses et cholestérinhémie** (Hautkrankheiten und Cholesterinämie), par H. ISHIMARU. *Acta Dermatologica*, 1923, t. I, p. 255.

(Texte en japonais, d'après un résumé en allemand). I. a examiné la teneur du sang en cholestérine dans 200 cas de dermatoses.

Dans tous les cas de xanthome (2 cas de xanthome des paupières, 4 cas de xanthome multiple). I., par la méthode de Bloor, a trouvé une augmentation notable de la cholestérine du sang : de 0,255 o/o à 0,614 o/o. en moyenne : 0,336 o/o. Dans un cas de grande cholestérinhémie, le régime influence à peine le taux.

Il y avait hypercholestérinhémie dans 6 cas de cancer, et d'autant plus prononcée que les malades étaient plus cachectiques.

L'augmentation de la cholestérine du sang est très irrégulière au cours de l'eczéma, de l'urticaire, du psoriasis, de la gale, du pseudo-xanthome, de la tuberculose, du vitiligo, de la neurofibromatose, du purpura, etc.

La cholestérine a été trouvée diminuée au cours du chancre simple, et de la blennorrhagie, mais sans qu'on puisse établir des rapports entre le phénomène et la maladie.

Dans la syphilis, cholestérinhémie normale ou faiblement diminuée, un peu augmentée par le traitement (salvarsan), sans rapports visibles avec la disparition de la R.-W.

L'âge n'a pas d'influence. Entre 20 et 40 ans (période d'activité sexuelle), le sang des femmes a une teneur en cholestérine plus élevée que celui des hommes.

CH. AUDRY.

### **Dermatoscopie.**

**De l'utilité de la dermatoscopie** (Beiträge zur Beurteilung des Wertes der Dermatoskopie), par H. DITTRICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLII, p. 400.

D. rappelle les recherches antérieures et les avis différents sur ce sujet. Lui-même a employé un dermatoscope (celui de V. Müller) grossissant 60 fois, et un autre appareil de Weiss grossissant de 35 à 40 fois. L'examen renseigne sur les vaisseaux sanguins, leur nombre, leur disposition, leur plénitude, la participation de chaque étage vasculaire, leurs rapports avec les lésions, et accessoirement sur les lésions de la peau, sa couleur, les lésions pigmentaires, etc.

Il conclut que la dermatoscopie donne des images caractéristiques dans le psoriasis, et souvent dans le lupus vulgaire, images qu'on

peut du reste retrouver en d'autres cas. Dans le lupus érythémateux, la rosacée, le lichen plan, on peut aussi découvrir quelques éléments plus ou moins reconnaissables, mais communs aussi à d'autres lésions. La dermatoscopie de la syphilis, de l'eczéma, et de beaucoup d'autres dermatoses ne révèle rien d'intéressant. Malgré un intérêt réel, la dermatoscopie ne paraît pas devoir prendre une grande place en dermatologie.

CH. AUDRY.

### **Dermatose dysménorrhéique.**

**La Dermatose dysménorrhéique symétrique, entité morbide** (*Dermatosis dysmenorrhoeica symmetrica — ein selbständiger Krankheitstypus*), par R. POLLAND, in *Dermatologische Zeitschrift*, t. XXXVIII, p. 89, 1923.

La dermatose décrite par Matzenauer et Polland en 1912 a été considérée par certains auteurs comme une gangrène hystérique ou une dermatose artificielle. P. rappelle qu'il existe entre la D. d. S. et l'*urticaria necrotica dysmenorrhoeica* de Kreibich de très grandes analogies. Il se refuse à voir dans l'affection qu'il a décrite avec M., une lésion cutanée de nature hystérique ou provoquée. Dans les observations publiées en Allemagne, il est de nombreux cas où l'on n'a jamais pu mettre en évidence cette psychose, et les cas authentiques de D. d. S. ne permettent pas de croire à la simulation. P. cite une observation américaine récente et deux nouveaux cas personnels; il conclut à l'existence autonome de cette affection, due à des modifications de la sécrétion interne de l'ovaire, comme le prouvent les anomalies menstruelles des malades.

L. CHATELLIER

### **Dermatoses artificielles.**

**Les dermatoses mercurielles. Etudes cliniques, histologiques et expérimentales**, par J. ALMKVIST. *Acta dermato-venereologica*, 1922, t. III, n. 106.

Ce travail étendu est le texte français (avec les mêmes figures) d'un article paru à peu près simultanément dans les *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXII, que nous n'aurons pas à analyser ici.

A. y résume les recherches antérieures sur le même sujet, études que nous avons déjà eu l'occasion de résumer.

Le travail est extrêmement intéressant à tous les points de vue.

L'historique bien développé fournit un exemple frappant d'un syndrome d'abord bien décrit et bien connu (surtout en Angleterre), puis presque oublié, et dont la connaissance est actuellement si répandue que tout dermatologiste en a observé et reconnu d'innombrables exemples. Almkvist lui-même en donne 38 obs. personnelles.

Il distingue une forme d'exanthème mercuriel simple, et une forme d'exanthème compliqué ou infecté.

Essentiellement, la lésion comporte au début une dilatation vasculaire qui peut du reste s'étendre non seulement à la face, mais encore aux muqueuses digestives. Bientôt se développe une prolifération

eudothéliale, puis périthéliale due à la transsudation du plasma sanguin hors des vaisseaux sanguins, œdème, etc. ; sur le tout, infections bactériennes secondaires.

A. admet l'opinion que le trouble de vasodilatation initial est dû à une idiosyncrasie du fonctionnement des nerfs ou des cellules ganglionnaires.

Pratiquement, il attache une grande importance à prévenir les infections secondaires qui constituent l'élément redoutable du pronostic dans les formes graves. Il recommande particulièrement l'emploi de l'ichtyol et du goudron de houille.

Notons que chez le lapin, le chat et le chien, A. provoque des intoxications mercurielles nombreuses sans manifestations cliniques du côté de la peau, tandis que 5 fois sur 7, au microscope, il découvre de la dilatation vasculaire de la peau et d'autres fois du poulmon.

A lire dans l'original.

CH. AUDRY.

**Etude expérimentale préliminaire des exanthèmes iodiques et bromiques** (A preliminary study of the experimental aspects of iodid and bromid exanthems), par WILE, WRIGHT et SMITH. *Arch. of Dermat. and Syph.*, nov. 1922, p. 529.

Les auteurs ont cherché à préciser certains points en rapport avec la pathogénie des iodides et des bromides. La présence d'iodure et de bromure a pu être constatée dans le sang, l'urine, la sueur, la salive et le lait des sujets qui absorbaient ces médicaments. Dans aucun cas, on n'a constaté leur présence dans les lésions cutanées ni dans les pus des lésions suppurées. Les cuti-réactions aux iodures et aux bromures sont toujours demeurées négatives, elles ne peuvent donc pas servir pour la recherche de la sensibilisation. La substitution des bromures aux chlorures de l'organisme a été confirmée dans les premiers jours de l'ingestion du bromure, les chlorures urinaires augmentent considérablement, dans les jours suivants leur taux diminue légèrement mais n'atteint pas le taux normal tant que l'ingestion du bromure est continuée. Il n'existe pas de substitution des iodures aux chlorures aussi peut-on admettre que la pathogénie des bromides et des iodides n'est peut-être pas la même. L'introduction d'une albumine étrangère sous la peau des sujets absorbants du bromure a donné lieu dans un cas à une lésion analogue aux bromides.

La pathogénie des bromides et des iodides cutanées ne pouvant donc être éclaircie ni par la bactériologie seule ni par la chimie, il faut admettre qu'il s'agit de réactions biochimiques complexes.

S. FERNET.

**Sur une éruption papuleuse et prurigineuse se développant au printemps sur les mains des jeunes sujets**, par G. THIBIERGE et R. RABUT. *Paris médical*, 22 octobre 1921, p. 309.

Cette éruption, presque toujours confondue avec la gale et que les auteurs classiques ne signalent pas, est constituée par des papules de la dimension d'une tête d'épingle en moyenne, de coloration normale ou rosée, plus rarement rouge, en nombre variable, et par des pla-



cards rouges simulant parfois l'eczéma. Elle occupe exclusivement la face dorsale des premières phalanges, les espaces interdigitaux, le poignet, les bords et le dos de la main, exceptionnellement les avant-bras. Elle s'accompagne d'un prurit plus ou moins prononcé, mais constant, sans prédominance nocturne. Elle ne s'observe qu'au printemps, notamment en mai, et toujours chez les enfants, surtout dans la seconde enfance, particulièrement autour de la 10<sup>e</sup> année. Elle dure de 8 à 20 jours environ, et ne paraît pas récidiver les années suivantes.

Il s'agit d'un type clinique, qu'il est nécessaire et facile de distinguer de la gale, mais dont l'étiologie et la pathogénie sont complètement inconnues.

BERGET.

**Les éruptions provoquées par l'usage externe de certains dérivés salicyliques (salol, salicylate de méthyle et ses succédanés inodores).** par G. THIBERGE. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 24 juin 1922, p. 401.

Le salol provoque fréquemment des éruptions, surtout lorsqu'il est employé en poudre dentifrice ou en pommade, de sorte que son usage externe doit être pros crit.

Le salicylate de méthyle détermine plus rarement des érythèmes.

Certains succédanés inodores du salicylate de méthyle peuvent causer des éruptions ; en particulier le monosalicylglycérine qui ne doit pas être employé chez les sujets ayant déjà manifesté une sensibilité cutanée aux dérivés salicyliques, et surtout le mésotane dont l'emploi doit être formellement pros crit, en raison de la fréquence et de l'intensité considérable des éruptions qu'il détermine, même manié avec les précautions recommandées.

BERGET.

**Dermatite sévère par l'action de la lumière à la suite d'une brève exposition au soleil** (Heftige Licht dermatitis bei minimaler Einwirkung von Sonnenlicht), par F. GRÖN. *Acta dermato-venereologica*, 1923, t. IV, p. 53.

Un homme de 49 ans, arthritique et urécémique, dont la peau avait présenté antérieurement les signes d'une sensibilité exagérée à la lumière, prend le 11 août un bain de mer au cours duquel il resta exposé à la lumière du soleil pendant 4 à 5 minutes au plus. 10 heures plus tard, prurit violent, puis érythème bientôt généralisé. Les accidents (sans fièvre, ni céphalée) mais très prurigineux durèrent 2 jours et disparurent brusquement sans laisser de traces pigmentées.

CH. AUDRY.

### **Dermatoses dues à des parasites animaux.**

**Sur les effets pathologiques de la piqûre des scolopendres et du scor pion** (d'après l'expérience de la guerre de Macédoine) (Das Krankheitsbild des Skolopenderbisses und Skorpionstiches mit Berücksichtigung von Kriegerfahrten in Mazedonien), par H. MAGER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVIII, p. 1.

La piqûre du scolopendre mordens, scolopendre morsitans (un



myriapode) s'accompagne de douleur, rougeur, tuméfactions et quelquefois de fièvre passagère et de céphalée, du reste sans importance.

Il y a 2 espèces de scorpion en Europe : le *s. europæus* et le *buttus occitanus*. L'une et l'autre donnent des accidents locaux et généraux ; mais ces accidents sont beaucoup plus intenses avec le *buttus occitanus* et les variétés tropicales sont encore plus dangereuses, mortelles parfois pour les enfants. Le venin est voisin de l'échidnine, et habituellement non nocif par absorption digestive.

Revue générale.

CH. AUDRY.

**L'action des sécrétions glandulaires du morpion sur le sang humain dans ses rapports avec la formation des taches bleues** (Die Wirkung der Drüsenentsscheidung der Phtiriuspubis L. auf die menschlichen Blutzellen in Bezug auf die Entstehung der Maculæ cerulæ), par F. GAUSZ. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 45, p. 1105.

Après avoir résumé les travaux antérieurs sur l'action sur le sang du poison de certains insectes (argas, ixode, etc.) G. donne un exposé de ses expériences d'où il conclut que les produits glandulaires du morpion agissent sur le sang humain de deux façons : La sécrétion des glandes salivaires ralentit la coagulation et est faiblement hémolytique. La sécrétion des glandes mésentérales a une action contraire, coagulante et antihémolytique. Quant aux taches bleues, G. croit qu'elles ne peuvent se développer que sur certaines parties de la peau, et il admet que la coloration est due à l'hémolyse des globules rouges détruits par la sécrétion salivaire ; il ne peut s'agir d'un pigment, celui-ci ne disparaîtrait pas si rapidement.

CH. AUDRY.

**Sur la trombidiose (dermatose par *leptus autumnalis*) dans les Alpes** (Ueber die Trombidiose (durch *Leptus autumnalis* bedingte Hautkrankheit) in den Alpen), par K. TOLBT junior. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1923, t. XXXIII, p. 188.

T. signale l'extension du rouget dans la région alpestre (depuis le lac de Genève jusqu'au Tyrol méridional) où il était autrefois inconnu.

CH. AUDRY.

**Sur la sclérose initiale déterminée chez les lapins par la maladie « de la morsure du rat »** *Ueber die Primärsklerose bei den Rattenbisskrankheit des Kaninchen*, par J. J. MATSUMOTO et GOGORO ADACHI. *Acta Dermatologica*, 1923, t. I, p. 403.

La maladie « de la morsure du rat » commence chez l'homme par une lésion très comparable au chancre syphilitique (homme, cobaye) et elle guérit par les mêmes médicaments.

Les auteurs ont pratiqué avec succès des inoculations sur le scrotum du lapin ; ils obtiennent une lésion chancriforme avec adénopathie. Rares spirochètes et violente infiltration lymphocytaire, nécrose, ulcération, cicatrisation. On obtient les mêmes résultats par les scarifications que par l'inoculation.

CH. AUDRY.

**Myiasis due à la *Sarcophaga magnifica* de Schiner sur un favus (*Myiasis muscosa* (da *Sarcophaga magnifica* Schiner) su tigna favosa), par STANCANELLI (*Il policlinico*, 1922).**

Homme de 19 ans, berger, atteint de favus du cuir chevelu déjà ancien, très étendu et non traité. Il présente à l'occiput une grosse tuméfaction elliptique avec ulcérations communiquant avec une vaste cavité remplie d'une suppuration fétide où grouillent d'innombrables vers de 4 à 5 millimètres de longueur qui furent identifiés par le prof. Monterosso, comme étant des larves de la *Sarcophaga magnificae* Schiner, appelée aussi *Sarcophaga Wolfahrti* Portchinsky. L'affection guérit facilement par l'incision de la poche et des soins d'asepsie. Probablement la mouche avait déposé des œufs au voisinage du favus pendant le sommeil du malade. Un cas analogue est dû à Caruccio.

F. BALZER.

### **Dermatoses végétantes.**

**Contribution à l'étude des dermatites staphylogènes végétantes, par ANTON. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. 1, 1923, p. 43, avec figures.**

Homme de 33 ans, paysan, atteint depuis plusieurs mois d'une affection impétiginoïde et granulomateuse de la joue droite, dans la barbe et à son voisinage, démontrée par les épreuves de laboratoire, non tuberculeuse et non trichophytique. Tous les examens bactériologiques la montrèrent due exclusivement au *Staphylococcus aureus*. Elle guérit très bien par la vaccinothérapie autogène et par des applications d'une solution au sublimé et à l'acide salicylique.

F. BALZER.

### **Dysidrose.**

**Etiologie de la dysidrose (Etiologie der Dysidrose), par E. RAJKA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLIII, p. 204.**

Après un court historique, R. donne quelques observations de dysidrose et conclut que le syndrome ainsi nommé peut relever de 3 causes : mycosique (*trichophyton gypseum* et *epidermophyton*); microbes pyogènes : et aussi d'autres causes non parasitaires.

CH. AUDRY.

### **Eczémas.**

**Les eczémas du cuir chevelu capables de déterminer des alopecies, par M. R. SABOURAUD. *Presse Médicale*, 14 avril 1923.**

Un grand nombre d'eczémas du cuir chevelu ne donnent lieu qu'à des alopecies presque négligeables; d'autres au contraire déterminent des alopecies plus sérieuses. S. décrit trois types de ces affections. La première, la plus importante est la fausse teigne amiantacée d'Alibert Devergie, eczéma en nappe à exsudat conpressible à exfoliation épidermique intense, affection bien particulière par le terrain sur lequel elle se développe, par son évolution et dont le diagnostic se fait par la croûte et sa dissociation lamelleuse. L'alopecie survient tardivement et tout d'un coup. Elle s'étend à toute la surface recouverte par

le squame entraînant dans sa chute les cheveux englobés, qui sont sains, non décolorés; la peau mise à nu est saine. La guérison est rapide, la repousse intégrale. A la phase suivante, S. conseille les lavages répétés à l'eau d'Alibour, et une pommade au goudron au 1/5. A la phase squameuse sèche une pommade cadique au 1/3.

Les deux autres types sont plus rares. L'un est caractérisé par des taches squamo-croûteuses brunes; cette croûte molle et brune diffère essentiellement de la précédente. La repousse est très lente. Le traitement est identique.

L'autre est une lésion circonscrite à croûte grasse et mince débutant par les bords du cuir chevelu, s'étendant par la périphérie, alors que le centre se guérit laissant une alopécie incomplète. La repousse est très lente. Aspect et évolution d'une affection parasitaire, mais les recherches à ce sujet ont toujours été négatives. H. R.

**Etude radiologique et clinique du tractus digestif dans l'eczéma et sa valeur pour un traitement causal** (Röntgenologische und klinische Befunde am Magen-Darmtrakt bei Ekzem und ihre Bedeutung für eine kausale Therapie), par E. URBACH *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLII, p. 29.

Le travail a porté sur 32 malades atteints de neurodermite circonscrite (ou d'eczéma chronique lichenifié). Sur ces 34 cas, on ne trouve que 4 fois un suc gastrique normal; 10 fois HCl manquait; 13 fois il y avait hyperchlorhydrie; 6 fois il était diminué. Dans les 2/3 des cas, il y avait hypersécrétion gastrique. On trouvait presque toujours les formations bacillo-granuleuses qui accompagnent l'absence d'acide lactique. Radiologiquement, on trouva constamment un estomac anormal (hypersécrétion, atonie, hypermobilité, ptose etc.). Stase colique à digestion intestinale incomplète. Mononucléose sanguine 5 fois sur 6.

On peut admettre une transsudation des capillaires papillaires du fait des produits de nutrition mal élaborés, ou des troubles dans les échanges nutritifs du tégument, ou des troubles du système nerveux végétatif.

Il y a lieu de traiter les anomalies digestives.

CH. AUDRY.

**Traitement de l'eczéma chronique par la Finsenthérapie** (Treatment of chronic eczema with concentrated carbon arc light-Finsen), par LOMHOLT. (de Copenhague). *The British Journ. of Dermat.*, février 1923, p. 45.

L'auteur a traité avec succès des plaques rebelles d'eczéma infiltré, lichenifié et des névrodermites circonscrites par la Finsenthérapie (séances variant de 15 à 30 minutes). Il reconnaît qu'il ne peut s'agir là que d'un traitement d'exception réservé uniquement à ces cas rebelles pour lesquels on a souvent recours aux rayons X qui seraient plus dangereux et moins efficaces que la photothérapie. S. FERNET.

## REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

### **Blennorrhagie.**

**Sur les récidives de la blennorrhagie chez les petites filles** (Zur Kenntnis der Rezidiven der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen), par SCHLASBERG. *Acta dermato venereologica*, 1922, t. III, p. 387.

Tout le monde sait que la blennorrhagie des petites filles est sujette à des récidives (85 sur 146 cas traités par S.). Sur les 146 cas, 11 fois le vagin était seul atteint, 106 fois le vagin et l'urèthre, 29 fois le vagin, l'urèthre et le rectum. S. n'a jamais rencontré la bartholinite, bien qu'elle ait été signalée plus ou moins souvent. Il faut bien surveiller le rectum comme origine des récidives aussi bien du reste que l'urèthre. La question de la participation de l'utérus est très controversée, très rare ou rare pour les unes, fréquente pour les autres ; les difficultés d'exploration expliquent suffisamment les divergences. Du reste, la participation de l'utérus ne constitue pas une donnée spéciale pour la thérapeutique.

La multiplicité considérable et l'indépendance relative des foyers expliquent la fréquence des récidives (bibliographie). CH. AUDRY.

**Autosérothérapie dans le rhumatisme gonococcique et dans quelques dermatoses**, par CASTELLINO. *Folia medica*, février 1923, p. 121.

L'action thérapeutique de l'autosérum s'exerce par les protéines qu'il contient. L'auteur en a obtenu de bons résultats dans deux cas d'arthrite gonococcique, avec 9 et 10 injections ; dans un cas d'eczéma chez un arthritique la guérison fut complète avec 7 injections. Résultat négatif dans un autre cas, avec 7 injections. Résultat négatif aussi dans le proriasis et le lichen plan, avec 7 injections. F. BALZER.

**Sur les kératoses blennorrhagiques. Un cas de kératose blennorrhagique de la peau et de la muqueuse buccale** (Ueber gonorrhöische Keratosen. Ein Fall von gonorrhöischer Keratose der Haut und Mundschleimhaut, par BOGROW. *Archiv Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLIII, p. 23.

Un homme de 23 ans atteint d'urétrite aiguë il y a 2 ans (pas de recherches de gonocoques) a présenté des arthrites, de la conjonctivite, des hyperkératoses concentriques du pied droit, des vésico-pustules des doigts, de l'atrophie des ongles du gros orteil et des doigts. Taches blanches sur la muqueuse buccale. Staphylocoques blancs dans la sécrétion urétrale. Aucune trace de gonocoques.

B. rappelle les 47 cas de ce genre antérieurement publiés, dont un certain nombre (14) n'ont pas présenté de gonocoques. Il pense que la kératose blennorrhagique rentre dans la classe des érythèmes et que les hyperkératoses sont secondaires, qu'elles peuvent se développer à un moment où le gonocoque manque ou a disparu, qu'elles sont d'origine métastatique, et que le type clinique en peut être irrégulier (asymétrie, etc.) si le gonocoque n'est plus en cause, et que le meilleur traitement est la combinaison d'un vaccin avec un traitement local de l'urétrite.

CH. AUDRY.

**Sur la kératose blennorrhagique** provocation par les rayons X. Constatations histologiques à la lumière polarisée, et à l'éclairage à fond noir (Über Keratosis gonorrhoeica (Provokation durch Röntgenstrahlen, histologischer Befund in polarisirten Licht und Dunkelfeld), par OELZE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1924, t. CXLIV, p. 1.

O. connaît 75 cas de cette lésion (dont 2 femmes). Lui-même en donne 2 cas, dont le second est remarquable en ce que : une application de rayon X ayant été faite sur un genou siège d'arthrite, les efflorescences kératopustuleuses se manifestaient énergiquement sous forme d'un large placard confluent. CH. AUDRY.

### **Ulcère vénérien.**

**Phagédénisme chronique serpigneux de l'aine** (ulcère serpigneux vénérien), par MM. RAYNAUD, MONTPELLIER et LACROIX. *Société de pathologie exotique*, séance du 12 juillet 1922, p. 641.

Observation d'un ulcère serpigneux vénérien réalisant un syndrome clinique tout à fait superposable au phagédénisme chancrilleux typique, mais dont l'étiologie n'a pu être précisée. Il ne s'agit ni de tuberculose, ni de sporotrichose ni de syphilis. Une fois les auteurs ont trouvé un coccobacille rappelant le Ducrey ; histologiquement processus inflammatoire syphiloïde. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'ulcère serpigneux vénérien authentique, affection spécifique bien déterminée et due à un agent jusqu'ici non décrit. H. R.

### **Végétations.**

**Sur la radiothérapie des végétations** (Zur Röntgentherapie der spitzen Kondylome), par S. SCHENOF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CLXII, p. 380.

S. a traité avec un plein succès 12 cas de végétations préputiales ou vulvaires. Il administre 16 à 18 H. a dose réfractée, avec un filtre d'aluminium de 3-4 millimètres et renouvelle les applications à des intervalles de 6 à 8 semaines. CH. AUDRY.

### **Urétrite herpétique.**

**Herpès urétral et urétrite herpétique**, par NICOLAS et GATÉ. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1923.

Ces urétrites coïncident ou alternent avec des poussées d'herpès génital. Elles sont caractérisées par un suintement séro-gommeux ou muqueux à formule cytologique épithélio-polynucléaire, sans agents microbiens spécifiques constatés. On constate aussi des douleurs spontanées ou à la miction soit tout le long du canal, soit localisées à l'urètre postérieur. Elles peuvent s'irradier au périnée, et dans les cuisses. Guérison en quelques jours, parallèlement aux lésions cutanées.

JEAN LACASSAGNE.

### **Epididymite.**

**Sur l'épididymite non spécifique** (Ueber die nichts spezifische Epididymitis), par C. SCHUMACHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1923, t. CXLII, p. 339.

Après un rappel des travaux récents sur ces épididymites qui ne

peuvent être rattachées ni à la tuberculose, ni à la blennorrhagie, ni à une lésion apparente, S. en donne 6 observations personnelles.

Il conclut qu'en général, l'uréthrite est causée par un microbe pyogène d'origine uréthrale. Il faut donc examiner avec soin par tous les moyens l'urine, etc.

Très exceptionnellement, l'origine hématogène est possible.

Peut-être le traumatisme et le nervosisme jouent-ils un rôle dans leur production.

Le diagnostic peut être très obscur, et en pareil cas, il faut faire une biopsie.

Traitement conservateur.

CH. AUDRY.

### **Vulve.**

**Epithélioma de la vulve chez une jeune femme de 22 ans, par MARCOZZI.**

*Soc. Med. di Parma, 23 février 1923.*

Jeune femme de 22 ans, paysanne, mariée à 19 ans à un homme sain, et ayant eu un enfant. L'affection débuta il y a 10 mois par une érosion à la grande lèvre gauche; une infiltration se développa dans une étendue de 28 millimètres, ronde et circonscrite, avec surface mamelonnée, peu saignante, douloureuse. Pas de lymphangite apparente, pas de gros ganglions inguinaux. Ablation le 2 décembre 1922, comprenant les ganglions inguinaux; guérison régulière. Examen microscopique: épithélioma spino-cellulaire. Les ganglions contiennent des îlots de néoplasie épithéliale.

F. BALZER.



## REVUE DES LIVRES

**Dermatologie**, par MM. DARIER, CIVATTE, MALLEIN, FERRAND, BOISSEAU, DU CASTEL, TZANCK, CLÉMENT SIMON, ROSTAINE, PAUTRIER, tome XXI, du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Un volume in-8, de 628 pages, 125 figures. 30 fr.

Ce volume qui n'est pas destiné aux spécialistes, mais aux praticiens est présenté par M. Darier qui dans une longue introduction montre les étapes successives de nos connaissances touchant les affections cutanées pour en arriver à la dermatologie actuelle dans laquelle les notions de personnalité humorale, de terrain semblent devoir tenir une si grande place. Les auteurs se sont efforcés de rendre cet ouvrage aussi simple et pratique que possible, évitant les difficultés de terminologie et de classification des dermatoses. Il ont volontairement limité à l'essentiel : la pathogénie, l'anatomie pathologique, s'étendant au contraire sur le diagnostic et le traitement. De belles photographies, la plupart du musée de l'hôpital St-Louis, illustrent ces articles.

L'étude des lésions élémentaires de l'eczéma, du psoriasis, du pemphigus, des érythrodermies, des affections des muqueuses a été faite par Civatte; Mallein s'est chargé des prurit, du prurigo, du lichen, des érythèmes; Ferrand, de l'herpès, du zona, du purpura, des pyodermies; Boisseau, des atrophies, de l'éléphantiasis, de la maladie de Ducrem, des troubles trophiques; J. du Castel, de la sclérodémie, de l'asphyxie locale et de la gangrène des extrémités; Tzanck, des dystrophies cutanées; Favre, des tumeurs cutanées et des naevi; Clément-Simon, des affections de l'appareil pilo-sébacé, des dermatoses dues à des champignons; Rostaine, des dermatoses artificielles; un long chapitre de Pautrier, sur les tuberculoses cutanées et les tuberculides termine le volume.

Ce petit traité montre bien sous une forme précise et claire l'état actuel de nos connaissances en dermatologie. A ce titre il rendra de nombreux services.

H. R.

**Echanges nutritif et peau. Introduction à une pathologie des échanges dynamo-énergétique, et à une thérapeutique (dynamo-énergétique) des dermatoses. Contribution à l'étude de la chimie pathologique du sang** (Stoffwechsel und Haut. Grundzüge zu einer dynamisch-energetischen Stoffwechsel-pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Ein Beitrag zur Pathochemie des Blutes), par G. PULAY. Berlin et Vienne, 1923.

J'ai reproduit tout au long le titre de ce livre pour que le lecteur sache ce qu'il peut y trouver. P. y a réuni une série d'études dont un grand nombre ont été publiées séparément, et dont quelques-unes ont été analysées ici.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux phénomènes généraux, la seconde aux faits cliniques, la troisième aux indications thérapeutiques en rapport avec les données précédemment exposées. Ensuite



vient l'exposé de la technique chimique suivie dans l'étude du sang, et finalement un tableau d'analyse.

Pour donner une idée plus précise, voici les titres des chapitres de la première partie : coagulation du plasma, sérum, acidose, action des ions, hémoglobine, concentration osmotique, poids spécifique, substances sèches, teneur en eau, pathologie de la teneur en eau, fluidité et viscosité, échanges des albuminoïdes, échanges sucrés et hydro-carbonés, lipémie, cholestérine, acides urinaires et échanges puriques, chlorures, échanges calcaires, action des électrolytes et système nerveux, sécrétion interne et chimie du sang, chimie du sang et constitution (diathèses), action de la lumière sur la substance vivante, thérapeutique par les colloïdes. Au point de vue clinique, P. étudie les divers échanges dont il vient d'être fait mention dans les dermatoses eczémateuses, l'urticaire, la séborrhée la rosacée, l'œdème angioneurotique, la maladie de Raynaud, la sclérodermie, l'érythème polymorphe, le lichen circonscrit de Vidal, le xanthome, la lipomatose douloureuse, l'érythème noueux, le prurigo, le psoriasis, le prurit, la lympho-granulomatose. Tout un chapitre est destiné à l'étude de l'importance de la lumière dans le lupus érythémateux.

Un tel travail ne peut s'analyser. J'ai seulement voulu donner une notion des renseignements que l'on peut rechercher dans l'ensemble de ces recherches de chimie biologique appliquée à la pathologie cutanée.

CH. AUDRY.

**Le traitement des maladies cutanées et génitales avec un court diagnostic** (Die Behandlung der Haut und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik). par E. HOFFMANN.

Excellent petit aide-mémoire, riche en renseignements de toute espèce, et rendu pratique par une bonne table des matières.

CH. AUDRY.

**De « l'impetigo contagiosa », étude bactériologique et expérimentale,** par E. CAZENAVE. Thèse de Bordeaux, 1923, 71 pages.

C. a étudié bactériologiquement 20 cas d'impetigo de Fox, pris à leur stade de vésicule translucide. Il publie ces 20 observations, précisant les techniques de ses enseimements et leur résultat. Le milieu de choix est un mélange à parties égales d'eau glucosée peptonée et de blanc d'œuf à la soude (culture en pipette); le streptocoque y est décelable à la quatrième heure d'étuve à 37°.

Les cultures et l'examen direct de la sérosité d'une vésicule translucide montrent la présence unique du streptocoque. Mais très rapidement, il y a envahissement par les germes étrangers : staphylocoques blanc et doré. L'*impetigo contagiosa* de T. Fox est dû au streptocoque; ce germe, sans action pathogène sur la souris, inoculé à l'homme, reproduit l'élément initial atténué de l'affection. Les méthodes de différenciation employées n'ont pas permis de l'individualiser parmi les autres streptocoques pathogènes.

H. R.

**Thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes** (de SCHÄFFER), revue et corrigée, par H. STRANZ. Schäffers Therapie des Haut und venerischen Krankheiten... Narbestet von Herhrt Strauz. Berlin, 1922.

Réédition du manuel rédigé par Schäffer. Cet ouvrage représente principalement les méthodes thérapeutiques de l'Ecole de Breslau (Neisser).

C'est une énumération de traitements, bien rédigée d'ailleurs, classés par ordre alphabétique d'après le nom des maladies. C'est un livre pour dermatologiste, car il trouvera facilement des formules variées, intéressantes pour le lecteur français désireux d'être mis au courant de la thérapeutique allemande, souvent assez différente de la nôtre.

CH. AUDRY.

**Du granulome annulaire**, par DAVID-CHAUSSÉ. *Thèse de Bordeaux*, 1923, 75 pages.

Cette intéressante monographie faite sous la direction du professeur Dubreuilh réunit 107 observations. Après avoir exposé l'historique de la question, l'auteur résume dans un tableau synoptique 97 observations publiées de 1887 à 1923. Il publie en outre 8 observations inédites dues aux professeurs Dubreuilh et Petges. L'étude de ces observations montre que le granulome annulaire constitue un type clinique bien individualisé. Au point de vue histologique (43 biopsies), on trouve deux principaux types, mais les caractères de l'inflammation du derme sont variables. Little en 1908, Darier en 1918, tendent à considérer le granulome annulaire comme se rapprochant à bien des égards des nodosités tuberculoïdes sous-cutanées.

La nature de cette affection est encore incertaine. Son origine tuberculeuse admise par certains auteurs n'est nullement démontrée. Affection bénigne, son pronostic est cependant assombri par la tuberculose, quelquefois coexistante et qu'il faudra toujours rechercher. H. R.

**Essai sur l'emploi de l'hyposulfite de soude en dermatologie**, par V. MISSIRLIU. Travail du service de M. Ravaut, à l'hôpital Saint-Louis. *Thèse de Paris*, 1922. 136 pages.

Le rôle du terrain dans la plupart des affections cutanées paraît prépondérant, pourtant le traitement interne des dermatoses est encore à la période de tâtonnement. Le traitement local agit sur la lésion cutanée, mais reste sans action sur la cause même de cette lésion. M. Ravaut a insisté sur l'importance des traitements internes en dermatologie (*Presse Médicale*, 28 janvier 1921) et c'est le résultat des essais de traitement par l'hyposulfite de soude que M. expose dans ce travail. Il donne le résumé de 80 malades traités tantôt avec résultat heureux, tantôt avec résultat nul. L'hyposulfite de soude qui est remarquablement toléré même à hautes doses peut agir comme réducteur et aussi comme désensibilisateur, et c'est en modifiant le terrain qu'il a pu donner des résultats heureux chez des malades dont les dermatoses avaient jusqu'alors résisté à tous les traitements externes. Ce médicament sera administré soit par voie buccale, en cachet de 1 gramme à la dose de 2 à 12 grammes par jour, soit par voie vei-

neuse en solution à 20 o/o dans l'eau distillée. La voie sous-cutanée ne doit pas être employée. L'action du médicament est lente et son administration doit être prolongée pendant longtemps. On peut l'employer à la dose de 2 à 6 grammes par jour, les trois premiers jours de la semaine, pendant plusieurs semaines, lorsqu'on cherche une action désensibilisante. Les affections à poussées récidivantes rappelant les accidents d'ordre anaphylactique sont très heureusement influencées par cette thérapeutique. Il en est ainsi de l'urticaire, des dermites érysipélateuses, des œdèmes de Quincke, de l'herpès. L'hyposulfite de soude a une action très nette sur l'élément prurit dans toutes les dermatoses. L'action de ce médicament dans le psoriasis est inconstante, certains sont améliorés, surtout ceux présentant des poussées aiguës.

Parmi les eczémas, ceux dont l'évolution semble traduire la sensibilisation de l'organisme pour certains antigènes, les eczémas suintants, les poussées aiguës récidivantes d'eczéma sont particulièrement sensibles au traitement. Les eczémas secs, infiltrés, lichénifiés, ne sont pas modifiés. Dans certains cas de furonculose, M. a noté des résultats remarquables.

Ce médicament parfaitement toléré semble devoir prendre en thérapeutique dermatologique une place importante. H. RABEAU.

**Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (ulcère vénérien adénogène). Ses rapports avec le bubon climatique**, par le Dr ADRIEN PHYLACIOS. Travail du service du Dr FAVRE et de la clinique dermatologique. Thèse de Lyon, 1922, 209 pages.

Cet important travail fait sous la direction de M. Favre est l'exposé des recherches poursuivies depuis 1913 par le professeur Nicolas et ses collaborateurs, sur cette maladie qu'ils ont décrite à cette époque sous le nom de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Il y a là une mise au point fort complète de cette question, et les 26 observations pour la plupart inédites qui y sont jointes, en augmentent l'intérêt.

Après quelques pages d'historique, P. décrit cette affection débutant par une phase troublée d'installation, étant une infection générale avant d'être une maladie à symptomatologie surtout locale, à évolution torpide, et remarquablement indolente, mais cependant d'une réelle gravité locale. La pénétration du virus a lieu au niveau des lésions génitales, cutanées ou muqueuses, que l'on retrouve fréquemment, véritables chancres lymphogranulomateux pouvant se présenter sous différents aspects. Cette lésion génitale guérit d'ordinaire rapidement, tandis que continue d'évoluer la maladie ganglionnaire. Affection de la période d'activité sexuelle elle semble plus fréquente chez l'homme, la durée de l'incubation varie de 10 à 25 jours. Ce chancre lymphogranulomateux diffère des lésions banales et des ulcérations du chancre mou ou de la syphilis, il a des caractères propres. Il en est de même des lésions ganglionnaires où l'on retrouve des formations typiques de cette maladie : gomme, abcès à bordure épithélioïde, contenant à côté des polynucléaires, de grosses cellules acidophiles à protoplasme renfermant de nombreux corpuscules chromophiles dont

on n'a pu jusqu'ici préciser la signification. Une gangue de périadénite englobe toutes ces masses; les lésions vasculaires sont constantes. L'affection n'a rien de commun avec le lymphogranulome malin des Allemands.

La nature de cette maladie n'a pu être précisée. Pourtant M. Favre a réussi à cultiver des microorganismes prenant le Gram qu'il a retrouvés fréquemment. Ces organismes se rapprochent par certains de leurs caractères des corynébactéries, par d'autres des mycobactéries ou des actinomycètes.

La lymphogranulomatose n'est pas une adénite tuberculeuse, elle n'est pas davantage une adénite chancrreuse, syphilitique, ou pesteuse; elle n'est pas due à des pyogènes banaux.

La lymphogranulomatose est une maladie génitale contractée par les rapports sexuels; c'est une affection vénérienne; tous ses caractères sont aussi ceux d'une affection dont la nature est restée longtemps inconnue, l'adénite climatique. En fait, écrit M. Favre, lymphogranulomatose et adénite climatique sont une seule et même maladie qui s'observe aussi bien dans nos climats tempérés que sous les tropiques.

L'auteur préconise deux modes de traitement; avant la fistulisation radiothérapie; lorsque l'adénopathie est fistulisée, l'ablation chirurgicale.

H. R.

#### **Manuel d'urologie, y compris les maladies sexuelles de l'homme.**

Lehrbuch der Urologie mit Einschuss der männlichen Sexual Erkrankungen, par S. CASPER, Berlin, 1923.

Quatrième édition d'un manuel bien connu, excellent exposé didactique, accompagné de figures bien démonstratives. L'ouvrage, après le début habituel sur les examens techniques, l'anatomie, etc., étudie successivement les maladies de l'urèthre et du pénis, de la vessie, de la prostate, de l'appareil testiculaire, des vésicules surrénales, des reins, etc., au point de vue médical, comme au point de vue chirurgical.

CH. AUDRY.

**Les étapes de la syphilimétrie, de 1919 à 1922,** par A. VERNES. 1<sup>re</sup> fasc. 55 pages, Boll, éditeur, Paris, 1922.

Dans cette brochure V. réunit les différents travaux publiés par lui et en collaboration avec R. Douris, sur la syphilimétrie. Ces mémoires ont été analysés ici même. L'auteur les résume en quelques pages et dit que la syphilimétrie constitue sur la syphiligraphie un progrès au point de vue social. — Syphilimétrie « traite la syphilis comme une maladie invisible au moyen de procédés qui la rendent constamment apparente. Guérison expérimentalement définie, d'où traitement réduit à la durée nécessaire, sécurité, pas de temps perdu pour le mariage. Traitement réglé par la précision des chiffres. Confiance et discipline de tous les malades. Organisation sociale méthodique sur une base expérimentale d'une solidité éprouvée. »

H. R.

*Le Gérant : F. AMIRAULT.*

—  
s.  
es  
e  
a  
as  
es  
le  
s-  
ar  
es  
os  
a-  
ui  
s.  
on  
r-  
e.  
n-  
c-  
le  
ie  
le  
es  
r-  
c.  
ui  
es  
et  
au  
ne  
nt  
nit  
ge.  
me  
ase  
—  
.